Rok XL. Kraków, 11 Maja 1901. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z Zakładu Higieny.

Wyniki badania mleka krakowskiego na zarazki gruźlicy.

Podał O. Bujwid.

Mając już obecnie sporo nagromadzonego doświadczalnego materyału, dotyczącego zarazka gruźlicy, postanowiłem w szeregu prac zestawić do użytku ogółu ten materyał, ażeby tym sposobem przyszły nasz Zjazd miał do rozporządzenia więcej faktów doświadczalnych, pozyskanych na naszym gruncie. Sądzę również, że gdy ze strony lekarzy częściej głosy odzywać się będą, to i społeczeństwo nasze ocknie się z letargu, w jakim jest pogrążone względem sprawy tak groźnej.

Na pierwszym planie postawiłem badania nad obecnością zarazka w mleku. Codzienny ten pokarm winien być wolny od zarazka, bo gdyby nawet w najmniejszej liczbie próbek był zakażony, niebezpieczeństwo ztąd wynikające musi być znaczne. Najpierw wyjaśnić należy, czy gruźlica zwierzęca według obecnych naszych wiadomości przenosi się na człowieka i w jakich warunkach to się dziać może?

Że zarazek, otrzymany z człowieka, przenosi się na zwierzęta i wywołuje u nich typową gruźlicę, o tem przekonywują nas liczne spostrzeżenia. Obserwacye, wykonane na bydle domowem, a potwierdzone na stacyach leczniczych, wykazały, że osobniki chore, obsługujące krowy dojne, mogą je zarazić. Dlatego też obecnie na stacyach klimatycznych zbliżanie się chorych do obór jest stanowczo wzbronione, i dawny zwyczaj picia mleka w oborze „prosto od krowy“ został zupełnie usunięty.

Że gruźlica krów przenosi się na człowieka, — mamy na to również dowody. Nocard [1]) przytacza dwa przykłady zakażenia palca, spowodowanego sekcyą krowy gruźliczej. W jednym przypadku z tego miejscowego zakażenia wynikła gruźlica ogólna. Gosse [2]) z Genewy na własnej córce przekonał się o zaraźliwości mleka krów gruźliczych, szczególnie gdy gruźlica dotyczy wymienia. Młoda, zdrowa 18-letnia dziewczyna zmarła na gruźlicę otrzewnej po 2-miesięcznym pobycie na wsi, gdzie piła surowe mleko od krowy, chorej na gruźlicę wymienia.

Dowody zakaźności mleka gruźliczego mnożą się w ostatnich latach coraz bardziej. Priester [3]) przytacza rzadki przykład zakażenia mlekiem u zdrowego robotnika, który w celu zniszczenia śladów tatuażu na ręku wkłówał igłą pod skórę mleko. W miejscach nakłóć powstały gruzełki z wyraźnemi komórkami olbrzymiemi. Kühnau [4]) przytacza przykład niezwykłej zakaźności mleka, zauważony w rzeźni hamburskiej. Z 80 świń, dostarczonych na rzeź, 76 było dotkniętych gruźlicą przewodu pokarmowego. Świnie były karmione resztkami centryfugowanego mleka od 800 krów, z których dwie miały wyraźną gruźlicę wymion. Kunth [5]) znalazł w jednym przypadku gruźlicy wymion prątki gruźlicze w takiej obfitości, że już pod mikroskopem łatwo je było w mleku zapomocą barwienia wykazać. Mleko to, podawane świnkom morskim w ilości 15 c. sz., zakażało wszystkie po jednorazowem karmieniu; 0·00001 c. sz. tego mleka, wstrzyknięte podskórnie, wywoływało również gruźlicę.

Nie mogę nawiasowo nie wspomnieć przypadku Rogera i Garniera [6]), który dowodzi, że gruźlicza matka może zakazić dziecko mlekiem swej piersi. Kobieta 34-letnia z rozległą gruźlicą szczytów, w której mleku wykazano zarazek gruźliczy zapomocą zaszczepienia świnkom morskim w 4 dni po urodzeniu dziecka, klinicznie zaś gruźlicy gruczołu mlecznego nie można było wykazać, zmarła w dwa tygodnie po porodzie. Dziecko zmarło w 6 tygodni wskutek rozległej gruźlicy trzew brzusznych i gruczołów krezkowych.

Poszukiwania gruźliczego zarazka w mleku i jego produktach mają już obecnie obszerną literaturę. Badania, wykonywane dawniej wyłącznie zapomocą mikroskopu i ujawniające bakterye gruźlicze tylko zapomocą zabarwienia, tracą coraz bardziej znaczenie wobec udowodnienia, że niektóre rodzaje bakteryj, szczególnie w szczątkach roślinnych znajdowane, mogą się barwić taksamo, jak gruźlicze, nie będąc niemi w istocie. Pozostaje tylko jedna, acz bardzo długo trwająca, droga doświadczenia na zwierzętach, a mianowicie na świnkach morskich, które, jak wiadomo oddawna, bardzo są wrażliwe na zarazek gruźlicy. Mleko, wstrzyknięte podskórnie w ilości 2—3 sz. śwince morskiej najczęściej wywołuje naciek, dosyć często kończący się zropieniem, rzadko zakażeniem ogólnem. W razie obecności gruźlicy świnki po 3—4 tygodniach mają tak wybitne zmiany w gruczołach po stronie szczepienia, że nietrudno już w ten sposób rozpoznać gruźlicę. Po kilku tygodniach świnki takie padają, mając typowe zmiany gruźlicze, które w płucach i śledzionie są łatwe do odróżnienia od innych zmian. Natomiast w wątrobie gruźlica jest trudną do rozpoznania wobec częstości u świnek zmian, wywoływanych przez inne pasorzyty (psorospermia), które mocno utrudniają rozpoznanie. Dlatego też w moich doświadczeniach nie polegam na prostem badaniu zmian, lecz w 3—4 tygodni próbuję świnki na gruźlicę zapomocą tuberkuliny. Gdy po $2^1/_2$ godzinach po zastrzyknięciu świnka oddziaływa na szczepienie podwyższeniem ciepłoty o $1^1/_2$ stopnia, można uważać gruźlicę za pewną.

Sposób ten, podany przezemnie już przed kilku laty [6]), daje lepsze wyniki, niż badanie mikroskopowe gruzełków, które w wielu przypadkach zawodzi, — jak tego dowiodła

pomiędzy innemi praca moja wspólna z ś. p. Kostaneckim [12]), — a wymaga daleko więcej trudu. Do tego przedmiotu wrócę nieco później. Obecnie przytoczę kilka dat z piśmiennictwa lat ostatnich co do częstości znajdowania gruźlicy w mleku i produktach nabiałowych.

Za pewne co do gruźlicy uważam te tylko, w których gruźlicę wykazano doświadczalnie na świnkach morskich.

Buege [7]) z Halli badał 9 prób mleka targowego, w dwóch wykazał gruźlicę. Petri w Berlinie w pierwszych doświadczeniach badał 64 próby mleka, w 9-ciu, t. j. 14%, znalazł gruźlicę. Na 102 próby masła znalazł w 33% gruźlicę. Groening [8]), badając 18 prób masła z najlepszych mleczarni w Hamburgu, znalazł w 8-miu gruźlicę. Stanowi to 47%. Horman i Morgenroth badali 3 próby masła, — jeden raz znaleźli gruźlicę; z 15-tu prób sera wykazali zarazek w trzech próbach. Lydia Rabinowicz [9]) bardzo wiele pracuje w ostatnich latach nad gruźlicą w nabiale. Prace jej odznaczają się ścisłością. Badała mikroskopowo 80 prób masła, w żadnej nie znalazła gruźlicy. Natomiast szczepiąc świnki morskie do otrzewnej w 23 próbach, t. j. 28%, pokazała się gruźlica.

Masło z jednego składu w Berlinie po zbadaniu wykazało we wszystkich próbach bakterye gruźlicze. W innym składzie wcale nie wykryto gruźlicy. Petri, Horman i Morgenroth [10]) dochodzą na podstawie swych badań do wniosku, że nie należy spożywać masła z mleka niepasteuryzowanego.

Przytoczyłem tylko kilka badań. Już z nich jednak widać, że w mleku i maśle, — tych codziennych pożywkach, stale spotrzebowywanych przez zdrowych i chorych, znajdują się żywe zarazki gruźlicze. Spożywając je codziennie, codzień też jesteśmy narażeni na zakażenie zarazkiem, którego fatalne działanie niewiadomo kiedy w ustroju naszym okazać się może. Przez długi czas sądziłem na podstawie własnych doświadczeń, że u nas gruźlica w nabiale nie jest tak częsta, jak gdzieindziej Istotnie karmiąc świnki morskie mlekiem krów gruźliczych i szczepiąc je podskórnie — nie otrzymywałem zakażenia. Zacząłem stopniowo dochodzić do wniosku, że u nas rzadszem musi być zakażenie mleka gruźlicą, a to z powodu mniejszej centralizacyi handlu nabiałem. Łatwo zrozumieć, że tam, gdzie są spółki mleczarskie, gdzie mleko z kilkuset krów zlewa się razem, gdzie centryfuga odrazu zbiera masło, jedna chora sztuka w takiem mleku i maśle może spowodować zakażenie już w całym nabiale. Mniej ścisłe zorganizowanie handlu mleczywem u nas wychodzi nam tym razem na dobre. Przed trzema laty jednak, karmiąc świnki morskie mlekiem targowem, znalazłem w kilku przypadkach zakażenie. Postanowiłem przeprowadzić doświadczenia ściślejsze, które wykonałem w ostatnim roku przy udziale Dra Nitscha i wyniki ich podaję obecnie do wiadomości:

Pierwsza serya doświadczeń, do których mleko pobierano w różnych składach i było na targu badane chemicznie przez Dra Wróblewskiego, szczepiliśmy 32 świnkom morskim; — żadna z nich nie padła na gruźlicę.

W drugiej seryi szczepiono 28 świnek morskich, u dwóch z nich rozwinęła się gruźlica. Mleko pochodziło z obór podmiejskich.

Badanie w obu przypadkach wykryło w ogniskach zarazki gruźlicze. Ogólnie biorąc na 50 prób badanych w dwóch wykazano gruźlicę.

W jednej z obór, które dostarczały mleka do sklepu, wykonaliśmy wspólnie z Drem Wróblewskim i Nitschem przy pomocy Dra Rutkowskiego, weterynarza powiatowego, badanie wymion krów. Wzięliśmy również mleko wprost z wymion 10 krów. Badanie to dało wynik ujemny. Widocznie mleko pobrane ze sklepu nietylko z tego źródła pochodziło.

Wyniki badania: I Serya doświadczeń Od 19—27 czer 1900 r. zaszczepiono 32 świnki, samce i samice, próbami mleka kupowanego w sklepach, mleczarniach lub na rynku. Szczepiono zawsze mleko centryfugowane przez 10—20 minut. w ilości od $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ ctm.^{3} pod skórę brzucha w linii środkowej lub z boku. Jedną próbą mleka zawsze 2 świnki: jednę warstwą górną (śmietanką), a drugą warstwą dolną. Pięć świnek szczepionych padło po upływie 1—3 dni wskutek zatoru tłuszczowego*) lub na posocznicę. U 11 rozwinęło się ropienie lub martwica skóry na różnej przestrzeni; — u reszty odczyn był nieznaczny. Świnki badano co 1—2 tygodni, jednak u żadnej nie rozwinęły się zmiany charakterystyczne dla gruźlicy. Po upływie więc 63 do 70 dni od dnia szczepienia doświadczenie zakończono.

II Serya doświadczeń. Od 19 wrześ. do 3 paźdz. 1900 r. zaszczepiono 28 świnek. Postępowano tak samo jak w I seryi. Cztery świnki padły po upływie 3—9 dni na posocznicę lub ropnicę; 1 po 7 tygodniach na sprawę zapalną w płucach przyrody zakaźnej; 1 po 80 dniach wśród wielkiego wychudzenia, — bez innych zmian anatomicznych w narządach. — U 5 świnek rozwinęło się ropienie lub martwica skóry na różnej przestrzeni; — u reszty odczyn nieznaczny. Świnki badano co 1—2 tygodni. U 20 nie zauważono żadnych zmian podejrzanych po 63—100 dniach, zatem doświadczenie skończono. — Natomiast u 2 rozwinęła się gruźlica, a mianowicie:

1) Świnka samiec, zaszczepiona warstwą górną mleka z ul. Blich 4 centryfugowanego, padła po 53 dniach z objawami gruźlicy, stwierdzonymi sekcyą. Badanie serowatej masy gruczołu na prątki gruźlicze dało wynik dodatni. Swinka druga, zaszczepiona tem samem mlekiem, warstwą dolną, nie okazywała żadnych gruźliczych zmian jeszcze po 80 dniach.

Mleko to miało pochodzić z obory p. A. R. z R. Żadna z badanych na miejscu krów nie okazywała gruźlicy wymion; mleko od 5 krów wzięto jałowo i zaszczepiono 10 świnkom, jednak żadna na gruźlicę nie zapadła; czas obserwacyi wynosił $2\frac{1}{2}$ miesięcy. Zachodzi więc podejrzenie, że sklep pobierał mleko również i z innych źródeł.

2) Świnka samica, szczepiona dolną warstwą mleka centryfugowanego, kupionego przy ul. Starowiślnej 1, okazała wyraźne zmiany gruźlicze w gruczołach po 60 dniach, a padła po 96 dniach; sekcya i badanie drobnowidowe potwierdziły gruźlicę.

Zatem na 30 prób mleka wykazano 2 razy gruźlicę, to znaczy w 6·66%. Jeśli się zaś odtrąci 9 świnek, padłych w pierwszych dniach po zaszczepieniu, gdzie zatem gruźlica choćby była, nie mogłaby się ujawnić, % będzie jeszcze większy.

I u nas zatem dała się wykryć gruźlica w mleku. Inaczej też i być nie mogło. Badania masła, które w dalszym ciągu przedsiębrać zamierzam, dadzą zapewne również nielepszy wynik. I nie może być inaczej, gdyż przeciętnie najmniej 50% krów naszych obór dotkniętych jest gruźlicą. Od roku 1895 nawołuję do stosowania tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego. W innych krajach już się to robi skutecznie. Z początku propozycya moja przyjęta została z wielką nieufnością i tylko w niektórych gospodarstwach dało się przeprowadzić szczepienia i stopniowo sztuki chore wyeliminować.

Obecnie rzecz się ma lepiej. W miarę rozwoju sprawy

*) Zator tłuszczowy łatwo powstaje po zastrzyknięciu 2—3 c.^{3} gęstej śmietanki.

za granicą, szczególniej w Danii, nieufność zmienia się powoli w zaufanie. W zeszłym roku na Zjeździe weterynarzy we Lwowie środek ten został przyjęty, jako najważniejszy środek rozpoznawczy. Czas też istotnie, ażebyśmy pomyśleli na seryo o środkach zaradczych, — a do tego w pierwszym rzędzie powołanem jest nasze Towarzystwo Lekarskie.

O środkach, jakie są w tym celu gdzieindziej stosowane, mówiłem już niejednokrotnie; obszerniej omówiłem tę sprawę w memoryale do Ministerstwa spraw wewnętrznych [11]).

Przed kilkoma tygodniami Ministerstwo rolnictwa poruszyło tę sprawę, poruczając Towarzystwu rolniczemu obmyślenie sposobów uzdrowotnienia przedewszystkiem obór zarodowych. Nie zrobi się to jednak bez pewnego nacisku ze strony lekarzy, jako najbardziej powołanych do należytego postawienia sprawy.

Literatura.

[1]) Nocard: Conference sur la tuberculose. 1893 Alfort. [2]) Priester: Centr. f. Bact. 1897. S. 609. [3]) Kühnau: *Ibid.* 1900. S. 448. [4]) Kunth: *Ibid.* 449. [5]) Roger et Garnier: *Ibid.* S. 230. [6]) Bujwid: „Przegląd Lekarski“ 1894, Nr. 49. [7]) Buege: C. f. Bacteriologie. 1897, S. 70. [8]) Groening: *Ibid.* S. 352. [9]) Rabinowicz: *Ibid.* S. 352, prócz tego *Ibid.* 1900, S. 610. [10]) Petri, Horman und Morgenroth: *Ibid.* 1898, T. XXIV. [11]) Bujwid: „Przegląd Lekarski“ 1898, Nr. 35, 36, 37. [12]) Bujwid i Kostanecki: „Przegląd Lekarski“ 1898, Nr. 13.

II. Kilka uwag o wodach alkaliczno-słonych i o wodzie z Krościenka nad Dunajcem.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

Pospołu z innymi rodzajami rodzimych wód mineralnych przechodziły i szczawy alkaliczno-słone rozmaite fazy swego znaczenia, rozmaicie bywały oceniane i stosowane. Była nawet chwila, że zajmowały one stanowisko bardzo wybitne, stanowiły najważniejszy bodaj z czynników leczniczych w gruźlicy płuc. Poźniej straciły znacznie swą wziętość. I jak je niegdyś przeceniano, tak znów prawie bezpośrednio potem zaczęto odmawiać im wszelkiego niemal znaczenia. Jedno i drugie zupełnie było niesłuszne, ale bardzo naturalne i bardzo zrozumiałe wobec istotnych przełomów w nauce lekarskiej, przekształcania się tej nauki, rozwoju nowych pojęć, ustalania nowych metod badania, wobec dochodzenia do nowych wyników, osiąganych właśnie za pośrednictwem tych metod. Odnośnie do balneoterapii polegały one, jak wiadomo, na badaniu farmakodynamicznego wpływu najważniejszych składników wód mineralnych i na poznawaniu ich klinicznego działania.

W następstwie tych właśnie, ściśle już naukowych badań, w których nawiasowo mówiąc polscy lekarze poważny wzięli udział, odzyskały szczawy alkaliczne i w wyższym jeszcze stopniu alkaliczno-słone, lecznicze znaczenie, a co za tem idzie także zastosowanie i wziętość, trwalsze zapewne, niż dawniej i z obszerniejszym zakresem wskazań lekarskich.

Zbytecznem byłoby mówić o tem wszystkiem szczegółowo; znaczyłoby to powtarzać bez potrzeby rzeczy, powszechnie znane w nauce i uznane w praktyce. Nadmienić tylko możemy, że w obecnych warunkach życia i przy obecnym sposobie żywienia się, przeważnie potrawami mięsnemi, wody alkaliczne, a zwłaszcza alkaliczno-słone są ze wszech miar bardzo pożądane i bardzo wskazane, jako czynnik dyetetycznoleczniczy.

Jak wielką zresztą wody alkaliczne zyskały wziętość, jak bardzo ściśle złączyły się nierzadko z potrzebami codziennego życia i używania, dowodzi, między innemi i to bardzo dosadnie, wielka ilość flaszek tych wód, zużywanych i w naszym kraju, sprowadzanych całymi wagonami, — niestety, z poza naszych granic. Według liczb przybliżonych, które udało mi się uzyskać, pobiera Galicya z siedmiu tylko, najbardziej znanych zdrojów obcych, 1,135.000 flaszek rocznie. A mianowicie:

z Bilin	200.000
„ Ems	30.000
„ Giesshübl	305.000
„ Gleichenbergu	40.000
„ Krondorfu	100.000
„ Salzbrun	60.000
„ Selters	400.000
Razem	1,135.000

Liczby to aż nadto wymowne. Ale nietylko wymowne. Budzą one mimowolne rozmyślania, jeśli zechcemy spojrzeć na nie ze stanowiska nietylko lekarskiego, ale także ze stanowiska ekonomicznego, narodowego, jeśli spytać zechcemy, ile też biedny nasz kraj płaci za te wody, ile pieniędzy przechodzi do rąk obcych. Starałem się o odpowiedź na to pytanie, i dowiedziałem się, że Bilin zabiera nam 96, Ems 15, Giesshübl 146, Gleichenberg 22, Krondorf 48, Salzbrun 48, Selters 224 tysięcy koron — czyli, że Galicya wypłaca tylko siedmiu obcym przedsiębiorstwom zdrojowym za wody alkaliczne i alkaliczno-słone 600.000 koron rocznie. Wcale pokaźna suma, jak na nasze stosunki! Nie przynosi to zaszczytu ani nam, lekarzom, ani naszemu społeczeństwu. Nie chcemy, czy nie umiemy, pamiętać o naszych wodach lekarskich, nie chcemy, czy nie umiemy poznawać ich, oceniać i należycie popierać. Krocie giną marnie co roku, chociaż zewsząd słychać głosy biadania, głosy skarg i narzekań, chociaż wiele się mówi i radzi o ulżeniu w biedzie, o podnoszeniu przemysłu, o wyzyskaniu bodaj przyrodzonych skarbów naszej ziemi. Czynów, nie skarg nam potrzeba, czynów — nie narad i ankiet przeróżnych! Miejmy nienawiść dla pruskiej hakaty nie na ustach tylko, nie w sercach tylko, ale w czynie, w pracy, rozumnej w wyborze środków, wytrwałej w zabiegach, świadomej celu i skutków. Polem dla niej, niewątpliwie wdzięcznem, łatwem do wyzyskania, a bezsprzecznie obfitem w plony, byłby nasz przemysł zdrojowy, który najłatwiej może ze wszystkich innych gałęzi przemysłu podołałby przemożnemu współzawodnictwu zagranicy. Trochę tylko dobrej woli, trochę rzetelnego poparcia, a ręczyć prawie można za dobry skutek podjętych prac i starań.

Wielkie zapotrzebowanie i rozpowszechnienie wód alkaliczno-słonych daje już samo przez się wskazówkę, że i u nas do tych wód przedewszystkiem zwrócić się należy, skoro rozporządzać niemi możemy, że należy poznać dokładnie ich skład chemiczny, ocenić ściśle działanie kliniczne, a jeśli wynik badania jest pomyślny, polecać je i stosować w miejsce równorzędnych wód obcych.

Wychodząc z tego właśnie założenia, pragnę kilka słów

poświęcić szczawom alkaliczno-słonym w Krościenku, a zwłaszcza wodzie ze zdroju Stefana, jedynej wprowadzonej w handel i zdobywającej sobie zwolna uznanie i poparcie, wypierającej nawet, chociaż jak dotychczas w powolnem bardzo tempie, wody niemieckie.

Skład szczawy krościeńskiej ze zdroju Stefana jest, według rozbioru, wykonanego przez prof. K. Trochanowskiego, następujący:

W 1000 części znajduje się:

Wolnego CO_2	2072004
Chlorku sodu	2513670
„ potasu	0019510
Dwuwęglanu sodu	4597250
„ wapniu	1216990
„ magnu	0502330
„ żelaza	0017060
Siarkanu wapniu	0002570
Fosforanu glinu	0002800
Bezwodnika kwasu krzemowego .	0056520
Suma składników stałych . .	8942930

Istotnymi składnikami są więc w tej wodzie w myśl rozbioru obok wolnego kwasu węglowego, chlorek sodu, dwuwęglanu sodu i wapniu; na dalszym dopiero planie postawić można dwuwęglan magnu i żelaza, pojawiający się w ilościach nieznacznych. Jako szczegół korzystny wymienić jeszcze należy, pod pewnemi zresztą zastrzeżeniami, brak połączeń jodowych i połączeń kwasu siarkowego, bo w rachubę bynajmniej nie wchodzi $2^1/_2$ miligrama siarkanu wapniowego w litrze wody.

Wobec powyższego składu należałoby wodę krościeńską ze zdroju Stefana nazwać dla ścisłości szczawą alkaliczno-słoną-wapniową.

Porównajmy ją teraz z wymienionemi już wyżej wodami, a mianowicie z wodą emską, gleichenberską, salzbruńską, selterską, które tak wielkiem cieszą się uznaniem, a przekonamy się, że i woda krościeńska przynajmniej w tym samym stopniu, na uznanie zasługuje.

Składniki w litrze wody

	krościeńskiej zdrój Stefana	emskiej zdrój Kräbnchen	gleichenbergskiej zdrój Konstantyna	salzbruńskiej zdrój Oberbrun	selterskiej (Niederselters)
Wolny CO_2 . .	2·072	1·039	2·266	985·11 ctm³	2·235
2-węglan sodu .	4·597	1·979	2·512	2·152	1·236
Chlorek „ .	2·513	0·983	1·851	0·176	2·334
2-węglan wapniu	1·216	0·216	0·354	0·438	0·443
Suma składników stałych . .	8·9429	3·519	5·401	3·816	6·676

Z zestawienia tego wynika, że nasza woda krajowa przewyższa każdą z wymienionych wód ilością składników stałych, że pod względem ilości wolnego bezwodnika kwasu węglowego dorównuje wodzie gleichenberskiej i selterskiej, przewyższa zaś wodę emską i salzbruńską. To też już ze stanowiska czysto chemicznego musimy wodę krościeńską postawić wyżej od tamtych. Zupełnie ztąd naturalny wniosek, że dzielniejszą okaże się ona w zastosowaniu lekarskiem, a nawet, że zakres wskazań dla niej będzie obszerniejszy wprost z tego powodu, że obok soli i sody zawiera w znaczniejszej ilości dwuwęglan wapniu.

Działanie wszystkich tych trzech, wymienionych powyżej połączeń jest do pewnych granic prawie równe. Wspólną ich cechę stanowi zdolność rozpuszczania śluzu i kwaśnych soli, jak szczawianu, kwasu moczowego, a dalej zdolność zobojętniania kwaśnej treści żołądkowej. Działają one także jako środki moczopędne, a więc pośrednio wpływają na zmniejszanie się nieżytowych obrzęków błon śluzowych i wysięków pozapalnych, sprowadzają dokładniejsze przepłókiwanie tkanin i obfitsze wydalanie zużytych wytworów przemiany pierwiastków.

Odnośnie do dwuwęglanu wapna nie należy zapominać o dwóch jeszcze właściwościach tego połączenia, które sprawiają, że należy stawiać je w pewnych razach wyżej, aniżeli dwuwęglan sodu. Jedna z tych właściwości jest przyrody chemicznej, druga raczej farmakodynamicznej, a obie doniosłe mają znaczenie nietylko dla balneoterapii, ale dla terapii wogóle.

I tak wykazały niezbyt dawne doświadczenia Lehmanna [1]), że węglan wapniowy, podany na wewnątrz, wpływa bardzo wyraźnie na ilość wydzielanego w moczu kwasu fosforowego i sodu, a dzieje się to skutkiem tego, że wapno, uległszy wessaniu w górnym odcinku jelit, łączy się w ustroju z bezwodnikiem kwasu fosforowego i jako fosforan wydzielone zostaje w jelicie grubem. Zmniejsza się skutkiem tego w moczu ilość kwaśnego fosforanu sodowego, która to sól, jak wiadomo, powoduje kwaśne oddziaływanie moczu; soda pozostaje w ustroju. Jeśli zaś uwzględnimy, że od ilości alkaliów wprost zależy stopień zasadowości krwi, jeśli uprzytomnimy sobie, jak wielkie znaczenie ma dla ustroju w myśl nowszych i najnowszych badań właściwy stopień zasadowości krwi, to pojmiemy łatwo, że wapnu w niektórych razach niepośledni wpływ przypisać wypada. We wszystkich więc przypadkach, w których leczenie zmierzać powinno do zmniejszenia kwasoty moczu i do podniesienia stopnia zasadowości krwi, daleko rychlej są wskazane szczawy alkaliczno słone, obfitujące w dwuwęglan wapniowy, aniżeli wody, w których związek ten pojawia się w małych tylko ilościach.

Wpływ farmakodynamiczny węglanu wapniowego poznaliśmy dzięki pracy, wykonanej w klinice krakowskiej pod kierunkiem Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego przez Dra M. Piątkowskiego [2]). Doświadczenia, przedsiębrane ze szczawą wapniową krynicką na całym szeregu chorych, okazujących zboczenia w czynności chemicznej błony śluzowej żołądka, wykazały, że szczawa ta bardzo dobrze zobojętnia nadmiar kwasu solnego w nieżytach kwaśnych, oraz kwasy organiczne, wytwarzające się w żołądku skutkiem kiśnienia w przypadkach nieżytów śluzowych; a co ważniejsza, że w tych właśnie przypadkach ługuję w znakomity sposób zymogen i zaczyn podpuszczkowy, że ułatwia w naturalnem następstwie tego trawienie mleka i sprawia, że chorzy mleko w większej ilości znosić mogą. Skoro zaś w ten sposób działa woda krynicka, w której znajduje się 1·5 grm. węglanu wapniowego, to łatwo przypuścić można, że podobny

[1]) E. Lehmann. Zur Wirkung des kohlensauren Kalkes. »Berl. klin. Wochenschrift“ 1894, Nr. 23.

[2]) M. Piątkowski. O działaniu soli wapiennych wogóle, a w szczególności wody krynickiej w niektórych chorobach żołądka. („Pam. Tow. lek. warszaw.“ 1896).

wpływ wywierać będzie także i woda krościeńska ze zdroju Stefana, zawierająca 12 grm. dwuwęglanu wapniowego w litrze.

Uwzględniwszy w ten sposób najważniejsze składniki wody krościeńskiej ze stanowiska lekarskiego, najzupełniej uprawnieni jesteśmy do twierdzenia, że woda ta, jako środek leczniczy lub dyetetyczny, istotne posiada zalety, i że nietylko najzupełniej dorównuje tak bardzo u nas rozpowszechnionym szczawom alkaliczno-słonym zagranicznym, ale że nawet je przewyższa.

Obecnie utrzymywać to można nietylko na podstawie teoretycznych wywodów; potwierdzenie tego wszystkiego mamy także w spostrzeżeniach i doświadczeniach, poczynionych z wodą krościeńską przez wielu już lekarzy, tak w szpitalnej, jakoteż i w prywatnej praktyce.

Spostrzeżenia lekarskie o tyle jeszcze są ważne, że utrwalają praktycznie zakres wskazań, opartych do niedawna prawie wyłącznie tylko na poznaniu składu chemicznego. Do rzędu tych wskazań, trzymając się najciaśniejszych granic, zaliczyć należy:

1) Choroby narządu oddechowego: *a*) nieżyty górnych dróg oddechowych (nosa, gardła, krtani, tchawicy); *b*) nieżyty oskrzeli grubych i drobnych, samoistne lub towarzyszące gruźlicy płuc, oraz nieżyty zastoinowe; *c*) sprawy nieżytowe miąższu płucnego; *d*) wysięki pozapalne w jamach opłucnowych.

2) Choroby narządu pokarmowego: *a*) wrzód żołądka peptyczny; *b*) nieżyt kwaśny; *c*) nerwice wydzielnicze, przebiegające z nadmierną kwasotą; *d*) nieżyt śluzowy żołądka przy nieprawidłowej fermentacyi treści; *e*) nieżyt jelit; *f*) nieżyt woreczka żółciowego i przewodów żółciowych.

3) Choroby narządu moczowego: *a*) przewlekłe zapalenie nerek; *b*) nieżyt pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych; *c*) kamica nerkowa kwaśna (*oxaluria, uraturia*).

4) Choroby przemiany materyi: *a*) skaza moczowa — dna; *b*) moczówka cukrowa.

Powyższe wskazania oparte są, jak to nadmieniliśmy, w małej części na teoretycznych poglądach na działanie szczaw alkaliczno słonych, zawierających wapno, w przeważnej zaś — na doświadczeniu lekarskiem. Wystarcza to niewątpliwie dla praktyki. Ale ze stanowiska naukowego zawsze wymagać jeszcze trzeba w takich razach ściślejszych prac klinicznych. U nas są one tembardziej wskazane, że jak dotychczas, wody nasze klinicznie badane były w bardzo tylko małym zakresie, a całe tu należące piśmiennictwo zamyka się w granicach badań wody gorzkiej morszyńskiej i szczawy wapniowo-żelazistej krynickiej. Z wodą krościeńską czynią się obecnie doświadczenia. Wyników dotychczasowych nie chcę uprzedzać; po ukończeniu badań zostaną w całości ogłoszone. Przyczynią się one niewątpliwie nietylko do dokładniejszego poznania farmakodynamicznego wpływu samej wody krościeńskiej, ale posłużą równocześnie do rozjaśnienia sprawy działania szczaw alkaliczno-słono-wapniowych wogóle.

• • •

III. *O sztucznem karmieniu noworodków.*

Streszczenie zbiorowe.

Według własnego referatu, wygłoszonego w Sekcyi pedyatrycznej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Napisał

Dr. Jan Landau.

(Ciąg dalszy).

Warunkom chemiczno-fizyologicznym, wymaganym przez Robertsona, odpowiada mączka Kufekego, zalecana przez Drewsa w Hamburgu i Krausa z polikliniki Montiego. Jest ona łatwo strawna, nie zawiera skrobi, lecz węglowodany rozpuszczalne, dekstrynę i cukier gronowy; prócz tego zawiera składniki odżywcze, azotowe i bezazotowe, podobnie jak mleko kobiece. Po dodaniu mączki tej do mleka sernik krzepnie w delikatne strzępy. Jest ona dobrego smaku, przechowuje się łatwo i jest tania. Prócz tego podawał Kraus mączkę Kufekego z dobrym skutkiem w przebiegu zaburzeń w trawieniu i w przypadkach t. zw. rozwolnienia tłuszczowego. Z niemniej korzystnym wynikiem od dłuższego czasu podaje się dzieciom zupę Liebiga po czwartym miesiącu ich życia, szczególnie w przebiegu chorób przewodu pokarmowego. Podawana wcześniej, przed czwartym miesiącem, powoduje bezkrwistość, krzywicę i zaburzenia w trawieniu, gdyż oseski w wczesnym wieku nie trawią ziarn skrobi. Zupa ta w grubszych zarysach składa się z mąki pszennej i mleka niezbieranego (20 grm. mąki pszennej miesza się z 200 grm. mleka niezbieranego, rozciera się dokładnie i zagotowuje zwolna; jestto Nr. I. Następnie miesza się łyżkę słodu z 40 grm. jednoprocentowego rozczynu węglanu potasowego i to jest Nr. II. Tę ostatnią mięszaninę chłodzi się przez pół godziny i dolewa do Nr. I, miesza przez kwadrans, ogrzewa aż do zagotowania i cedzi się. Obecnie wyrabia Hell podobną zupę dla wygody w ekstrakcie; $^1/_3$—3 łyżeczek tego wyciągu miesza się z odrobiną mleka, a po dodaniu pół litra mleka, gotuje się mięszaninę, cedzi i przed podaniem chłodzi. Wyciąg Hella jest tani, nie zmienia się i ma za zadanie w pojedynczy i naturalny sposób zastąpić mleko kobiece) (Monti). Wychodząc z założenia, że u oseskόw z chorobami przewodu pokarmowego wydziela się więcej amoniaku wskutek wzmożonego wytwarzania i wydzielania kwaśnych wytworów przemiany materyi, Keller radzi podawać pokarm bardziej alkaliczny, usuwać mleko i tłuszcze, a powiększyć zawartość składników pożywnych przez dodanie węglowodanów, a jako taki, zaleca słód. Podając zupę słodową, zawierającą mniej mleka i mąki, a więcej wyciągu słodowego, niż w zupie Liebiga, osiągnął Keller, jak również Gregor i Heubner wyniki znacznie lepsze, aniżeli przy wszystkich innych metodach karmienia. Niemniej pochlebnie wyraża się Escherich o zastosowaniu zupy Liebiga, żałując przytem, że trudności w wyrabianiu i wysoka cena stoją na przeszkodzie rozpowszechnieniu tego sposobu karmienia. Gregor badając wpływ zupy słodowej otrzymał korzystne wyniki i dochodzi do wniosku, że u dzieci z przewlekłemi chorobami żołądkowo-jelitowemi w wieku conajmniej trzech miesięcy do jednego roku życia, należy podawać w braku mamki zupę słodową przez kilka miesięcy; u dzieci młodszych lub wątłych spróbować zupę słodową pod nadzorem lekarskim, u dzieci zaś powyżej dziewięciu miesięcy z objawami krzywicy podawanie zupy słodowej z rozmaitymi dodatkami, jak grysik, grzanki i t. p. wpływa korzystnie na krzywicę. U sztucznie karmionych zdrowych oseskόw przy niskiej wadze podawanie zupy słodowej daje tak dobre wyniki, jak każdy inny pokarm sztuczny. Przy odłączeniu od piersi można podawać zupę słodową naprzemian z piersią. Pani Guttelson zachwala mąkę z rośliny *Parkia biglobosa* zwaną „mąką Neré v. Nété", podawaną oseskom z dobrym skutkiem. Mąkę gotowano z mlekiem przez kwadrans i podawano trzy razy dnia tak,

iż dziecko otrzymywało dziennie pół litra mleka i 50 grm. mąki. Brandenburg zaleca nutrozę *(Caseinnatrium)*, ponieważ wiąże ona dużo kwasu żołądkowego i wpływa korzystnie na trawienie, a Heim podaje 1 część aleuronatu na dwie części mąki owsianej, dodając mieszaninę do mleka; trawienie pozostaje prawidłowe i wynik ma być bardzo dobry. Mączka Punzmanna zalecana przez Gallattiego, zawiera dużo (21,87%) proteiny, jest gęstości ziarnek piasku, barwy jasno-brunatnej, smaku słodkawego; odznacza się tem, że można ją wyjaławiać po napełnieniu flaszek. Wynik również miał być korzystny. Grzanki Oppela t. zwane „Oppels Nährzwieback,“ w których skład wchodzi mąka pszenna, zagęszczone mleko szwajcarskie, fosforany i drożdże słodowe, polecane przez Kautscha, wywierały korzystny wpływ na przyrost ciężaru ciała, odżywienie, stan sił i wejrzenie zewnętrzne. Jakkolwiek autor kładzie szczególny nacisk na zawarte w grzankach fosforany, przypisując im doniosłe znaczenie w przebiegu krzywicy, gdyż dzieci zaczęły stawać i chodzić, zęby się szybciej przerzynały, łaknienie i trawienie się poprawiały i następowało stwardnienie szkieletu (!?), to jednak należy to ogłoszenie przyjmować z wielkim sceptycyzmem, gdyż dotyczy ono tylko jedenastu przypadków, z których nie wszystkie były krzywicze. Wreszcie szerszego rozgłosu nabrała somatoza, stosowana początkowo jako stężony środek odżywczy w przypadkach, w których obfitszego pokarmu podawać nie można, a więc w chorobach przewodu pokarmowego, w okresie ozdrawiania po ciężkich wyniszczających chorobach ostrych i t. p. Schramm i Wolf atoli użyli somatozy jako wyłącznego pokarmu dla osesków, polegając na tem, że zawiera ona $^9/_{10}$ albumoz, że nie zawiera istot, nie ulegających wchłanianiu i zdolnych do kiśnienia, że zawiera fosforan potasowy, czynnik ważny w budowie komórek, że ulega łatwo strawieniu i że wreszcie mleko krowie pod jego wpływem krzepnie w wiotkie strzępy. We wszystkich przypadkach zauważono przyrost na wadze, zmniejszenie się niedokrewności i powiększenie liczby ciałek czerwonych. Używano również somatozy z mlekiem, dodając 2 grm. na jeden litr mięszaniny mleka z wodą.

Jednym z najważniejszych czynników sztucznego karmienia jest mleko, używane jużto jako mleko kobiece, krów, kóz, oślic i t. p. Pierwsze jako pokarm naturalny, pomijam, w dalszym ciągu pragnę zwrócić uwagę na różnicę między pokarmem naturalnym a sztucznym. Lehmann podaje średnią składu chemicznego mleka krowiego i kobiecego w następujących liczbach:

	Mleko krowie	Mleko kobiece
sernika:	3%	1,20%
białka:	0,30%	0,50%
tłuszczu:	3,50%	3,8%
cukru mlek:	4,50%	6,10%
popiołu:	0,70%	0,210%
wody:	88,0%	88,50%

Różnica zachodzi pod względem sernika, cukru mlekowego i popiołu. Sernik mleka kobiecego i krowiego różni się zawartością siarki i fosforu, gdyż pierwszy zawiera więcej siarki, a mniej fosforu; zresztą różnice są nieznaczne. Sernik mleka kobiecego wymaga więcej kwasu solnego, a mniej ługu sodowego do rozpuszczenia i krzepnie w wiotkie strzępy, jak to badaniami swemi stwierdził Wróblewski w znakomitej i nader mozolnej pracy, podczas gdy mleko krów ścina się w zbitsze strzępy, gdyż zawiera według Soxhleta podwójną ilość sernika, sześciokrotną ilość wapna i trzykroć silniejszą kwasotę, niż mleko kobiece. Zmniejszenie kwasoty przez dodanie wapna nie jest dozwolone, albowiem mleko przy wyjaławianiu psułoby się, gdyż wapno niszczy cukier mlekowy. Przez zbytnie rozcieńczenie objętość pokarmu staje się za duża, a za mało w niej składników pożywczych; przez zmięszanie mleka krów z połową 12,3% roztworu cukru mlekowego otrzymuje się mięszaninę, w której brak tłuszczu zastępuje cukier mlekowy, zawartość istot białkowatych spada z 3,55% na 2,37% (mleko kobiece 2,29%), zawartość popiołu z 0.719 na 0,47 (mleko kobiece 0,31%). Jeżeli mleko krów chcemy uczynić podobnem do kobiecego, należy je według Hammarstena tak rozcieńczyć, ażeby zawartość sernika, wapna i kwasu fosforowego się zmniejszyła, a zawartość laktalbuminu jednocześnie wzrosła, co możemy uzyskać przez zmięszanie słodkiej żętycy ze śmietanką, a mianowicie 200 śmietanki + 800 żętycy, lub 100 śmietanki + 100 mleka + 800 żętycy daje mięszaninę o zawartości 1,4% białka, 7,8% albuminu i 6.3% sernika. Wobec podpuszczki zachowuje się podobnie jak mleko kobiece. Prócz tego wskazał Soxhlet na różnicę w zawartości soli, istot pożywnych i na stosunek pojedynczych składników mleka do siebie. Doświadczenie Umikoffa (przez zmięszanie 5 ctm.³ mleka kobiecego i 2,5 ctm.³ 10 procentowego roztworu amoniaku, mleko to zabarwia się na czerwono-fiołkowo, podczas gdy mleko krów się nie zmienia), skłoniło go do następujących wniosków: 1. Mleko kobiece z amoniakiem w ciepłocie pokojowej po pewnym czasie przybiera zabarwienie czerwono-fiołkowe, a mleko krów tego zabarwienia nie okazuje. 2. Nasilenie zabarwienia stoi w prostym stosunku do ilości amoniaku. Najmniejszą ilością amoniaku powodującą zabarwienie blado-fiołkowe, jest jedna kropla 10 procentowego roztworu amoniaku na 5 ctm.³ mleka. 4. Ogrzewanie mięszaniny przyspiesza powstanie zabarwienia, a najłatwiej powstaje ono przy 60 °C. 5. Przez gotowanie mleko kobiece nie traci tej własności zabarwiania się, jak również i przez oziębienie. 6. Dłuższe pozostawienie mleka nie osłabia tego odczynu i nie przeszkadza jego powstawaniu. 7. Sól kuchenna, węglan, dwuwęglan i siarkan sodowy, dodane do mleka kobiecego przed lub po zmięszaniu z amoniakiem, nie wywierają wpływu na powstanie tego odczynu, a chlorek amonowy przeszkadza jego powstaniu. 8. Mleko kobiece nawet silnie zakwaszone i zmięszane z amoniakiem daje zawsze odczyn. 9. Dodanie dwóch objętości nie zmienia odczynu, dwie do trzech objętości osłabiają go, a ponad trzy objętości przeszkadza jego powstaniu. 10. Chloroform i eter, dodane w jednej objętości, osłabiają odczyn, a ponad jedną objętość niszczą go. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Akinetyczna psychoza ruchowa obejmuje różne obrazy chorobowe w tem do siebie podobne, że głównym ich objawem jest różny co do stopnia i rozmiarów stan akinezy. Akinezę, obejmującą największą część mięśni ciała, zwiemy nieruchomością. Stopień jej bywa różny; raz tak znaczny, że chory czyni wrażenie zmarłego, u którego tak oddechanie jak i czynność serca jest silnie upośledzona; innym razem przedstawia się ona jako stan podobny do snu. Kończyny chorych zwykle są chłodne i sine, ciepłota ciała zwykle obniżona. Tego rodzaju obrazy długotrwałej jakby sennej nieruchomości budzą nieraz publiczną sensacyę i bywają skwapliwie podawane przez dzienniki do publicznej wiadomości. W tych stanach chory nie oddziaływa na bodźce zewnętrzne, nawet zadające mu ból, już to z powodu zajęcia sensoryum, już też z powodu analgezyi lub zaniku czynności odruchowej. Najczęściej atoli zauważa się jeszcze nieznaczne odruchy, n. p. zmrużenie powiek przy ukłóciu. Czasem odruch kolanowy jest zmniejszony; jednak zwykle wszystkie odruchy ścięgniste są silnie aż do ruchów drgawkowych (clonus) wzmożone. Chorzy oddają mocz i kał pod siebie, ślinę z trudnością łykają, pokarmów nie mogą przeł-

knąć, stąd trzeba ich karmić sztucznie zgłębnikiem. Zarazem zachodzi brak zupełny ruchów początkowania (inicyatywnych) i niemota *(mutacismus)*. Bierne ruchy są albo zupełnie łatwo wykonalne, lub co częściej się zauważa, zwłaszcza przy wykonywaniu ruchów biernych, znacznie nasilonych, pewną oporność mięśniową, zwłaszcza w zakresie zwieracza powiek, ust lub mięśni żwaczy. Im mocniej usiłuje się choremu rozchylić np. powieki, tem silniej on je zaciska. Objaw ten zwany negatywizmem, spotykamy w powiekach, ustach, żuchwie lub głowie, jeśli ją staramy się podnieść ponad posłanie chorego. Jeśli nieruchomość nie jest przytem zbyt silna, to takie ruchy bierne mogą wywołać u chorego objawy czucia bólu, np. łzy w oczach, skrzywienie twarzy itd. Przy badaniu ruchów biernych zauważa się nieraz gibkość woskową, polegającą na tem, że każdy ruch bierny natrafia na równomierny a umiarkowany opór, którego wynikiem jest zachowanie przez chorego położenia, nadanego mu przez ruch bierny. Objaw ten zauważamy najwybitniej na kończynach, podczas gdy w karku istnieje negatywizm. Nadane, choćby niewygodne położenie zachowuje chory przez kilka minut, nie zwracając przytem na lekarza i otoczenie całkiem swej uwagi, poczem opadają członki wedle prawa ciążenia, zajmując zwykłe ułożenie. Nadane położenie może się czasem dłużej utrzymywać, a to gdy wystąpi (zwykle napadowo) stężenie mięśni, któremu towarzyszy zwykle zaczerwienienie się twarzy chorego i silny pot. Napady stężenia mięśni mogą w ciężkich przypadkach trwać kilka godzin, a chorzy, jak w doświadczeniu hipnotycznem, zachowują się podobnie do sztywnej kłody drzewa. Przyczyną tego objawu jest skurcz tężcowy mięśni, tem odmienny od tężca zakaźnego, że jest ciągły, nie tak nagły i bez przerwy (intermisyi). U chorych z akinezą zauważa się, że zachowują pewne nadane im położenia; np. posadzeni na krzesło, siedzą bez ruchu, postawieni — stoją itd. Poleceń danych im, aby np. wstali z łóżka, choć je nieraz widocznie pojmują, nie są w stanie wypełnić z powodu akinezy początkowania (inicyatywnej). Czasem znowu zdaje się w skutek przewrotności w czuciu położenia przyjmują chorzy opaczne pozycye (objawy parakinezy). Czasem znowu wykonują niezwykłe im ruchy n. p. chodzą krokiem takim, jak linoskoczki. Uporne milczenie *(mutacismus)* bywa nieraz przerwanem przez wielomówność (werbigeracyę), stanowiącą analogię do parakinetycznych objawów, do których zaliczamy także tak zwane stereotypie ruchowe, zjawiające się zwykle w chwili ustępowania nieruchomości. Są to jednostajne, rytmicznie powtarzane ruchy rzekomo samoistne, np. rytmiczne wysuwanie warg ku przodowi, kiwanie głową, tułowiem itd. Jeżeli chory chętnie poddaje się ruchom biernym i niemal sam do wykonania ich dopomaga, tak, że przy tych ruchach nie natrafia się na żaden opór w stawach, mówimy o *pseudoflexibilitas*, która występując w stanach średnio nasilonej nieruchomości polega do pewnego stopnia na poddaniu (sugestyi) choremu tego ruchu w chwili, gdy go lekarz wykonywa. Przypuszczenie to jest stwierdzone tem, że chorych tych można zapomocą poddania skłonić do przyjmowania pokarmów, mówienia i zaprzestania zanieczyszczania się. *Pseudoflexibilitas* zjawia się zwykle w chwili ustawania nieruchomości i oznacza zawsze poprawę stanu. Czasem znowu chorzy przyjmują sami przez się dziwaczne pozycye, np. stale z wyjątkiem chwili snu podnoszą głowę z posłania, mają głowę zwróconą ku górze, stoją w postawie kuczącej itd. Z tych omówionych objawów występują przy ogólnej nieruchomości gibkość woskowa i stężenie mięśni, przy częściowej akinezie uporczywe milczenie *(mutacismus)*, jadłowstręt i negatywizm ust, szczęk i karku. Przy średnio nasilonej ogólnej nieruchomości zjawia się *pseudoflexibilitas*. O przyczynie tych objawów można się czasem od chorych dowiedzieć w okresie zwolnienia (remisyi) lub powrotu do zdrowia. Zwykle fonemy treści nakazującej bywają przez chorych pomawiane jako przyczyny tych objawów. Stanom ciężkiej ogólnej nieruchomości towarzyszą zwykle silne zajęcie sensoryum i niepamięć z tego czasu zupełna, lub pamięć formalna, tj. senna. W stanach na tle histerycznem zaburzenie przytomności ma cechy zachwytu *(extasis)* z zachowaną pamięcią i czuciem wydarzeń nadziemskich. U tych to właśnie chorych zauważa się zwykle ustalone pozycye ciała, wyrażające zachwyt, a przypadki odnośne skłoniły do utworzenia odrębnej choroby, zwanej katalepsyą. Postać chorobowa, znana pod nazwą *melancholia cum stupore, vel attonita* nie ma z czuciową zadumą nic wspólnego i winna się zwać akinetyczną psychozą ruchową. Objawy akinetyczne wyżej opisane, czyli wedle Kahlbauma katatoniczne, mogą się zjawiać okresowo w największej liczbie przewlekłych psychóz postępujących. Ostremi zaś akinetycznemi psychozami nazwiemy te, w których objawy opisane wystąpią nagle i przez pewien dłuższy czas się utrzymają. Nieraz zdarza się, że objawy te zaskoczą człowieka niemal błyskawicznie, na ulicy itd.; czasem znowu poprzedza je okres wstępny z objawami ruchowej bezradności, lęku i napadów rozpaczy, lub kilkotygodniowy okres wstępny z urojeniem odnoszącem. Po okresie wstępnym zjawia się okres akinezy, przechodzącej w parakinezę (wielomówstwo, steorotypie, zmieniony chód itd.). Ten okres akinetyczno-parakinetyczny jest szczytem choroby i przechodzi w okres paranoiczny, w którym oprócz częściowo zachowanych jeszcze objawów parakinetycznych zjawiają się zwykle objawy hipochondryczne, jako znamię somatopsychicznej dezoryentacyi. Zwykle towarzyszą temu obrazowi objawy psychicznego wyczerpania. Czasem nastaje po okresie akinetycznym okres wybitnego niedołęstwa, które może ustąpić po pół- do roku, lub pozostaje jako stałe niepomyślne zejście. Przejście w trwałe niedołęstwo zdarza się zwykle tam, gdzie okres niedołęstwa poprzedził krótkotrwały okres paranoiczny. Nie iedy ten okres paranoiczny ustala się i nie przechodzi w zupełne uleczenie, a wówczas zaczynają się urojenia, zwykle mięszane, wielkości i prześladowcze (tak zwane urojenia prorocze) przeradzać w system przy formalnie wysokiej intelektualnej płodności (produktywności). Zdaje się, że tam, gdzie w ostrym okresie choroby było sensoryum silnie zajęte, przychodzi do okresu niedołęztwa, tam zaś, gdzie ono było nieznacznie upośledzone, zjawia się okres paranoiczny. Rozpoznanie tych stanów nie jest trudne. Choroba ta nagabuje osoby młode, zwłaszcza kobiety i zostaje w przyczynowym związku z miesiączkowaniem, połogiem, histeryą i miernego stopnia wrodzonem przytępieniem umysłu. Kończy się ona pomyślnie, czasem przechodzi w zniedołężnienie lub w przewlekły stan paranoiczny. Leczenie polega na zwalczaniu jadłowstrętu zapomocą poddawania (sugestyi), lub karmienia zgłębnikiem przez nos (wlewa się dwa razy na dobę płyn wedle składu podanego przez Voita, składający się z mleka, cukru i jaj, do którego przy końcu można dodać wino i leki np. żelazo itd.); na zmywaniu ciała, na mięsieniu, faradyzowaniu i wykonywaniu ruchów biernych. Rokowanie nawet co do życia poważne, w okresie wstępnym możliwe samobójstwa.

Omówione psychozy ruchowe mogą występować w różnych kombinacyach hiperkinezy i akinezy. Zauważa się tu zwykle dwa typy; w pierwszym występuje w przebiegu psychozy hiperkinetycznej, zdaje się wskutek wzmożenia sprawy chorobowej kilkugodzinny, lub kilkudniowy stan akinetyczny; w drugim pojawia się naprzemian stan hiperkinezy i akinezy, tworząc obraz analogiczny do obłąkania okresowego, zwany cykliczną psychozą ruchową. Ta cykliczna psychoza zdarza się prawie wyłącznie u dziewcząt i kobiet w związku z miesiączką lub połogiem. Zaczyna się hiperkinezą, po niej nastaje okres wyczerpania w postaci osłupienia *(stupor)* i okres akinezy, przechodzącej również w stan osłupienia. Okresowi hiperkinezy towarzyszy zwykle stan maniakalny, okresowi akinezy stan zadumy. Zwykle istnieje zupełna desoryentacya i ruchowa bezradność. Psychoza może mieć zejście pomyślne; gdy zaś w okresie hiperkinezy zjawią się fonemy treści hipochondrycznej, obu-

dzającej lęk, zejście jest niepomyślne, tj. przechodzi w trwałe niedołęztwo, lub nastaje śmierć.

Psychozy ruchowe z objawami hiperkinezy i akinezy zowiemy zupełnemi psychozami ruchowemi, które mogą trwać kilka godzin lub dni, nawracać się często i objawiać nadto zupełną dezoryentacyą z silnym afektem; w tych razach mówimy o psychozach przemijających *(p. transitoria)*, dla których nie wykazano tła padaczkowego. Przytomność bywa tu zamroczona lub zachowana.

W. nie uznaje stanowczego istnienia, jako odrębnej formy, zadumy z przygnębieniem *(m. depressiva)*. Chorzy tacy okazują objawy inicyatywnej niemoty, tj. przestają sami z siebie nagle mówić i działać (inicyatywna akineza). Ruchy ekspresyjne stają się skąpe, odczynowe (reaktywne) są nieco lepiej zachowane. Z ustaniem czynności kojarzenia ustaje afekt, związany z uczuciem psychicznej niedomogi; w miejsce zaś myśli nadwartościowej pojawia się brak (czasem zupełny) myśli. Zarazem niema tu objawów ruchowych, jak *flexibilitas*, stężenie mięśni i negatywizm. Obraz ten może się pojawić jako pogorszenie czystej zadumy. Czasem występują powyższe objawy na przeciąg kilku godzin lub dni w przebiegu psychóz ruchowych. Obraz zwany zadumą rzekomą jest identyczny z opisanym wyżej; trwa on zwykle przez dłuższy czas i stanowi pierwszy okres psychozy złożonej, zwykle niepomyślnie się kończącej, która posiada zrazu cechy zadumy czuciowej a po jej ustaniu cechy psychozy przewlekłej z urojeniem prześladowczem i wielkości. Czasem znowu przechodzi początkowy obraz zadumy z przygnębieniem w obraz niedowładu postępującego; zazwyczaj towarzyszą tej zadumie porażnej z przygnębieniem już od początku objawy porażne układu rzutowego.

Niedołęztwo nabyte odznacza się również intrapsychiczną akinezą, podobnie jak zaduma z pognębieniem *(melancholia depressiva)*; w obu przyczyną bezruchu (akinezy) jest intrapsychiczna afunkcya. Dotknięci nabytem niedołęztwem są pozbawieni motywów do objawienia swej woli, ztąd zachowują się spokojnie i zupełnie biernie bez autopsychicznego afektu. Zarazem uderza u nich lenistwo myśli, zubożenie sądów i pojęć (objawy defektu). Intrapsychiczna akineza, jaką się w tych stanach zauważa, odznacza się w odróżnieniu od psychomotorycznej akinezy równomiernością i ogólnością tego zaburzenia, wynikającego z obniżenia pobudliwości całego narządu kojarzenia, silnem upośledzeniem ruchów początkowania mniej silnem ekspresyjnych i odczynowych, brakiem objawów nieruchomości, jak *flexibilitas*, stężenie, negatywizm itd.

W przypadkach zupełnej psychozy ruchowej zdarza się objaw zwany mówieniem przymusowem, t. j. chorzy zaczynają w napadach kilkuminutowych, lub nawet kilkugodzinnych, z widocznym wysiłkiem wymawiać wśród objawów lęku albo pojedyncze bez związku słowa, albo liczby, albo zdania bez związku, głosem podniesionym, jednostajnym, jak uczeń recytujący bezmyślnie swą lekcyę. Jeźli napad taki trwa dłużej, to chory jest po nim oblany potem i silnie znużony. Chorzy ci podają zwykle, że to, co mówili, musieli mówić, a raczej powtarzać za głosami, poddającymi im te słowa. Mówienie przymusowe pozostaje w tym samym stosunku do rzekomo samoistnego mówienia, jak myśli swoiste do myśli przymusowych. Czasem występują w akinetycznych psychozach ruchowych objawy zwiotczenia zupełnego mięśni, zatem niejako objawy ich porażenia. Tak zwane hipochondryczne porażenia należą do zjawisk rzadkich i zdarzają się tylko w ciężkiej psychozie hipochondrycznej. Polegają na wykluczeniu woli w zlokalizowanych obszarach mięśni. Pokrewne im są objawy przykurczeń, które utrzymują się nieraz jeszcze po ustaniu objawów ostrej psychozy ruchowej.

Wyrażenie „abulia“ (brak woli“) zarzuca W. dlatego, ponieważ w psychozach ruchowych nie zachodzi chorobowe zaburzenie woli, t. j. niemożność wytworzenia się wyobrażenia celowego (w Z), lecz tylko zaburzenie identyfikacyi między Z a Cm. Tem też tłómaczy się możliwość utrzymania się przykurczeń i porażeń po ustaniu ostrej psychozy.

Rozważając psychozy ruchowe dochodzi się do przekonania, że w nich grupa wyobrażeń, tworzących świadomość swej osoby, jest oddzielona od machiny ruchów ciała, zwykle opanowanej przez te wyobrażenia własnej jaźni. To rozluźnienie skojarzeń ruchów z wyobrażeniami własnego ja jest procesem sejunkcyi. Pierwszym zaś objawem tej w mowie będącej sejunkcyi są objawy ze strony mowy. To też, jeżeli chory je objawia, jeżeli jest milczącym i na pytania mało odpowiada, należy zawsze zbadać zachowanie się ruchów biernych, przyczem nieraz zauważy się objaw „pseudoflexibitas“. Ponieważ czucie mięśni wchodzi w zakres świadomości cielesności, przeto ruchy chorych lub zdrowych osób stanowią wynik pobudliwości, rozgrywającej się w zakresie tej świadomości. Tak więc nieprawidłowe ruchy chorych najlepiej się tłómaczą zaburzeniem tej świadomości.

Oprócz omówionych dotąd psychóz pojedynczych, czyli zasadniczych, istnieją częstsze od nich psychozy mięszane i złożone. Do mięszanych należą wspomniane już przejścia między dwiema ostremi psychozami pojedynczemi, np. psychoza stojąca w pośrodku między psychozą lękową a zadumą czuciową, dalej zaduma ruchliwa *(m. agitata)*, psychoza lękowa z objawami maniakalnymi, zaduma hipochondryczna jako przejściowa forma między auto- a somatopsychozą, ostra alosomatopsychoza. Tu należą przypadki ostrej, całkowitej, czuciowej psychozy *(ps. sensorica acuta totalis)*, odznaczającej się zupełną dezoryentacyą we wszystkich trzech świadomościach, nader silnym lękiem, fantastycznem urojeniem hipochondrycznem prześladowczem *(Bedrohungswahn)*, urojeniami autopsychicznemi małości i kontrastującemi urojeniami wielkości, wreszcie gromadnymi omamami, obawą przed zbliżaniem się do chorego osób z otoczenia i bronieniem się przed nimi na oślep. Postać ta lubi występować epizodycznie, jako psychoza przemijająca, trwająca przez kilka godzin lub dni i zwykle albo na tle zatrucia przewlekłego alkoholowego, lub na tle zwyrodnienia padaczkowego lub histerycznego, albo też po urazie w głowę. Fantastyczne urojenie grożącego niebezpieczeństwa *(Bedrohungswahn)* wytwarza się w postaciach epizodycznych w krótkim czasie, w innych powoli w ciągu kilku tygodni z objawów hipochondrycznych wstępnego okresu i wtedy dołączają się do niego omamy wszystkich zmysłów, urojenia odnoszące i wyjaśniające, a w dalszym ciągu przy dłuższem trwaniu szczytu choroby naprzemian objawy hiper-, para- i akinezy, które sprowadzają szybko wyczerpanie i śmierć. Psychozę o powyższym przebiegu postępującym zowiemy *psychosis sensorica, progressiva, acuta*. Te dwie ostatnie postacie osłabiają i niszczą ogólny stan chorego w przeciągu krótkiego czasu, to też chorzy okazują silną prostracyę, ogólne drżenie mięśniowe, chrypkę, obłożenie języka, ust, zębów, ciężkie zmiany odżywcze z następowem zakażeniem krwi. Zmiany odżywcze np. na skórze, mogą być następstwem ognisk zapalnych w przednich rogach rdzenia. Tego rodzaju przypadki opisywano pod mianem odrębnej ostrej psychozy t. j. *delirium acutum*. Na szczęście tak ciężki przebieg tych psychóz jest rzadki, a pewna część ich o takim przebiegu zwłaszcza dodatkowo z objawami ze strony układu rzutowego przedstawia galopującą postać niedowładu postępującego *(paralysis progressiva florida)*. Zazwyczaj odznacza się ich przebieg umiarkowanym afektem i więcej częściową dezoryentacyą, np somatopsychiczną wskutek urojenia ciąży itd.; fonemy i urojenia wyjaśniające stanowią wtedy objawy dodatkowe, również i chwilowe objawy ruchowe niezbyt silne. Z innych mięszanych psychóz trzeba wymienić postacie mięszane psychóz czuciowych i ruchowych, np. manię z zamięszaniem, dalej wszystkie psychozy akinetyczne, z których dotąd nie dało się wyodrębnić postaci pojedynczych, cykliczne psychozy, wreszcie obraz manii gniewliwej *(zornmuthige Manie)*, stanowiący kombi-

nacyę manii z wyobrażeniami i fonemami lęku, a zwykle i z alopsychicznem urojeniem odnoszącem i z hipermetamorfozą. (c. d. n.)

V. Wyciągi.

Uhlenhuth. **Dalsze doniesienie o własnym sposobie wykrywania krwi ludzkiej.** (*Deutsche med. Wochens.* 1901. Nr. 17). Sposób Uhlenhutha polega, jak wiadomo, na zastósowaniu swoistej surowicy, wywołującej strąt w rozczynie krwi tylko jednego gatunku zwierząt. Surowicę tę otrzymuje się zaś, wstrzykując krew owego gatunku zwierzętom jakiegoś innego gatunku. Podstawą sposobu U. było spostrzeżenie, że zupełnie podobnie zachowują się rozczyny białka wobec surowic swoistych, otrzymanych przez wstrzykiwania białka. (Podobny do sposobu U. sposób wykryli inną drogą i opracowali dla celów lekarskich Wassermann i Schütze. Porówn. *Przegląd lekarski* 1901 Nr. 10).

Dalsze badania w tym kierunku doprowadziły Uhlenhutha do wniosku, że białka jaj ptasich należą po części do tej samej odmiany białka, jaka znajduje się w krwi tych gatunków ptaków: mimo to jednak nie można sposobem Uhlenhutha napewno odróżnić białka jaj kurzych, od gęsich, kaczych i t. d., chociaż krew tych gatunków daje się tą drogą odróżnić.

Pod względem praktycznym zasługują na uwagę szczegóły, stwierdzone obecnie przez Uhlenhutha: że krew ludzka wyschnięta (nawet od dawna) daje swoisty odczyn; że również i krew gnijącą można z dobrym wynikiem badać, gdyż nawet po 3 miesiącach powstaje w niej strąt pod wpływem swoistej surowicy. — Okazało się dalej, że odczyn udaje się także: w moczu miesiączkowym, w krwi zamrożonej przez dwa tygodnie, w wodzie, w której prano krwawe szmaty z pomocą słabo zasadowego mydła, w końcu w krwi tlenkowęglowej.

Swoista surowica wytrzymuje ogrzanie do 60° C. przez godzinę, nie tracąc swych własności; zachowuje je także po dodaniu 0·5% kwasu karbolowego przynajmniej do 3 miesięcy. *C.*

Funk. **O przyczynie ospy krowiankowej.** (*Deuts. med. Wochens.* 1901 Nr. 9). Prof. Podwysocki i Doc. Mankowski. **W sprawie przyczyny ospy krowiankowej.** (*Deuts. med. Wochs.* 1901 Nr. 17). Funk twierdzi w tymczasowem doniesieniu, iż wykrył swoistą przyczynę ospy krowiankowej w postaci *Sporidium vaccinale.* Podwysocki i Mankowski, którzy zajmowali się oddawna tą sprawą, odmawiają spostrzeżeniom Funka wszelkiej wartości, i wyjaśniają, że Funk uważał za pasorzyty stłuszczone komórki nabłonkowe, za zarodniki — pojedyncze kropelki tłuszczu, za morulę — gromadki komórek nabłonkowych. *C.*

Sacquépée. **Zmienność zdolności zlepiania się prątka durowego.** (*Annal. de l'Inst. Pasteur* 1901 Nr. 4). Nie każda odmiana prątka durowego ulega równie łatwo aglutynacyi w równych zresztą warunkach (pod działaniem tej samej surowicy). Zmiana zdolności zlepiania się bywa przejściową. Praktycznie najważniejszem jest zmniejszenie się tej właściwości. Spotyka się mianowicie pewne odmiany prątków (rzadziej w wodzie, częściej u chorych durowych), które nie różnią się niczem od prątków durowych prócz tego, że pod działaniem surowicy durowej zlepiają się z trudnością lub wcale nie ulegają aglutynacyi. Przechowywane w hodowli zamkniętej, prątki te mogą odzyskać utraconą własność i po jakimś czasie ulegać pod wpływem surowicy durowej wybitnej aglutynacyi. Z drugiej znów strony można zwykle prątki durowe pozbawić własności zlepiania się, poddając je działaniu (w wprowadzanych środotrzewnowo torebkach kolodyonowych) ustroju uodpornionego przez czas dłuższy. — Wynika z tego, że prątki durowe, nie zlepiające się pod wpływem surowicy durowej, są niewątpliwie zwykłymi prątkami durowymi, które zmieniły swe własności przez przystósowanie się do warunków środowiska. *C.*

Sacquépée. **Zakażenie wtórne** *bacil. mesenteric.* **w przebiegu duru.** (*Annal. de l'Inst. Pasteur* 1901 Nr. 4). *Bac. mesentericus* uchodził do niedawna za drobnoustrój obojętny, nie wywołujący nigdy żadnych spraw chorobowych w ustroju zwierzęcym: dopiero niedawno (1898) zdołał Vincent uczynić go sztucznie chorobotwórczym u zwierząt. Nie spostrzegano jednak nigdy samoistnego zakażenia tym prątkiem u zwierząt, tem mniej u ludzi. S. opisuje dwa przypadki duru, odznaczające się przerywanym torem gorączki, w których we krwi (a w jednym przypadku także w plwocinach) wykazano *bac. mesentericus.* Hodowle jego z początku odbiegały od zwykłego typu, zbliżając się do hodowli odmiany, sztucznie dla zwierząt chorobotwórczej (silne zmącenie bulionu, słaby wzrost na agarze i ziemniaku), — po kilku dniach jednak przybrały zwykłe cechy. Dla zwierząt prątek nie był zabójczy, ale wywoływał u nich sprawy ropne. Autor sądzi, że *bac. mesentericus* w opisanych przypadkach wtargnął w głąb ustroju przez owrzodzenia durowe jelit, nabywszy poprzednio jadowitości sposobem bliżej nieznanym. *C.*

Prof. A. Landerer (Stuttgart). **Obecny stan leczenia gruźlicy hetolem.** (*Berliner Klinik* 1901 Nr. 153). Już w roku 1888 pojawiła się pierwsza publikacya tegoż autora w sprawie leczenia gruźlicy kwasem cynamonowym, a przed dwoma laty treściwa książka (Landerer, „Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure“, Lipsk 1898 T. C. W. Vogel, str. 308, XIII tabl.), podająca dokładnie zasady i wyniki dotychczasowych spostrzeżeń. Oczywiście, że bezpośrednim następstwem tego były liczne badania kontrolne, dokonane przez innych, które w mniejszym lub większym stopniu przyjmowały lub odrzucały nową metodę; w każdym razie lepiej jest, — jak doświadczenie uczy, — jeśli pewne nowe postępowanie natrafia w swych początkach na liczną krytykę, aniżeli na żadną.

Dla lepszego zrozumienia rzeczy nieodzownem jest, by przynajmniej w jednem streszczeniu podać teoretyczne podstawy, na których się opiera stosowanie hetolu w gruźlicy. Kwas cynamonowy i jego sole są w wysokim stopniu dodatnio chemotaktyczne. Wprawdzie do dziś dnia niema dokładnego tłomaczenia istoty „chemotaxis“; można sobie jednak o tem wyrobić pojęcie na podstawie zasadniczych badań Lebera i Pfeffera. Jeśli się bowiem podczas drobnowidowego badania bakteryj, lub białych ciałek krwi, doda na brzeg szkiełka przykrywkowego pewną ilość dotyczącego odczynnika, wówczas można zauważyć, że drobnoustroje lub białe ciałka posuwają się w kierunku odczynnika, lub od niego się oddalają: — pierwszy objaw nazywa się dodatnio chemotaktyczny, drugi ujemnie. Otóż chemotaktyczne własności kwasu cynamonowego zaznaczają się w godny uwagi sposób: po wstrzyknięciu tego kwasu do żyły wzrasta już po kilku godzinach liczba ciałek białych we krwi, przybywają bowiem ze szpiku kostnego i śledziony — objaw, który znów znika po 24 godzinach u osobników zdrowych, podczas gdy u ludzi chorych usadawia się pewna część leukocytów w miejscach przez gruźlicę zajętych. Po kilkakrotnych wstrzykiwaniach widać, że białe ciałka krwi coraz więcej na kształt wału otaczają ognisko gruźlicze, z biegiem czasu wytwarzają się w tem miejscu zbita tkanka łączna i nowe naczynia krwionośne, aż wreszcie zamiast gruzełka, mamy przed sobą gwiazdowatą bliznę. Pod wpływem więc kwasu cynamonowego występują okresowo wszystkie te zmiany (otorbienie, rozrost tkanki łącznej i zbliznowacenie ogniska gruźliczego), które przy samowyleczeniu zauważyć można.

Przechodząc do techniki stosowania hetolu, nadmienić należy, że do wstrzykiwań wstrzykawką Pravatza używa się zwykle 1%—2% rozczynu cynamonianu sodowego w przekroplonej wodzie lub w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, o oddziaływaniu słabo alkalicznem; miejscem wstrzykiwań jest żyła łokciowa lub ramienna (v. cephalica), albo też pośladki, zachowując oczywiście przy tych zabiegach wszystkie środki ostrożności (bańki powietrza!). Jedyną istotną trudnością przy stosowaniu hetolu jest wybór odpowiedniej dawki; według autora każdy przypadek ma swoją indywidualną dawkę. Rozpoczyna się zwykle od wstrzyknięcia 1 mg. hetolu w żyłę, powtarzając ten zabieg co 3 dzień, lub u chorych przychodnich 3 razy tygodniowo, każdym jednak razem podwyższając dawkę o 0·5 mg., a u starszych osobników co drugi raz; jako dawkę prawidłową uważa się tę, przy której objawy przedmiotowe i podmiotowe równomiernie się polepszają, waga ciała się podnosi, ciepłota jest prawidłowa i chory wogóle czuje się dobrze. Każde podniesienie ciepłoty wskazuje na dawkę za wielką, co się przyjmuje za pewnik, jeśli z zaprzestaniem wstrzykiwań lub zmniejszeniem dawek ciepłota opada. Według dotychczasowych spostrzeżeń dawka prawidłowa dla mężczyzn wynosi 8—10—15 mg., a dla kobiet 5—10 mg.: do tych wysokości dochodzi się zwykle po 3—5 tygodniach: w każdym razie należy się trzymać zasady, że im słabszy jest osobnik i im wyższa ciepłota ciała, tem mniejsza powinna być dawka. — Wszyscy autorowie, którzy stosowali tę nową metodę leczenia gruźlicy, zgadzają się w jednym punkcie, że w przypadkach niepowikłanej gruźlicy płuc hetol działa bezwarunkowo skutecznie, co także i piśmiennictwo dosadnie stwierdza. Samo się przez się rozumie, że powikłania pogarszają znacznie rokowanie, a w pierwszym rzędzie należy wymienić gorączkę. Czysta gruźlicza gorączka, dochodząca zwykle do 38·2°—38·8°, znika po niejakim czasie skutkiem hetolu, który z drugiej strony wcale nie wpływa na gorączkę zakaźną, będącą następstwem zakażenia mięszanego.

Drugiem nie mniej ważnem powikłaniem są krwotoki: — zasadą jest, by po obfitszem krwawieniu zaprzestać na kilka dni dalszego stosowania hetolu, aż plwocina nie przestanie okazywać śladów krwi, jakkolwiek dłuższy czas utrzymująca się krwawo zabar-

wiona plwocina nie jest przeciwwskazaniem do wstrzykiwań kwasu cynamonowego, jakby to teoretycznie zdawać się mogło. Co się tyczy jam płucnych, to już dzisiaj piśmiennictwo wykazuje 30% wyleczenia; w każdym razie każą niepomyślnie rokować, tem bardziej, jeśli się łączą z stale podwyższoną ciepłotą ciała; — mniejsze już znaczenie mają powikłania ze strony przewodu pokarmowego.

Na pytanie, jak długo należy stosować wstrzykiwania, trudno odpowiedzieć; trzeba każdy przypadek chorobowy indywidualizować. Koniecznem jednak jest przeciągnąć leczenie jeszcze na 4 tygodnie od chwili stwierdzenia braku wszelkich szmerów w płucach i prątków w plwocinie. Zważywszy dalej zupełną nieszkodliwość hetolu, lepiej jest za długo leczyć, aniżeli za krótko; dla średnio ciężkich przypadków wystarczy 3—5 miesięcy do wyleczenia; w ciężkich przypadkach należy co drugi lub trzeci miesiąc ustanowić przerwę 2—3 tygodniową, lub też przez pewien okres czasu stosować bardzo małe dawki (1—2 mg.). Po przerwie należy znów stopniowo zwiększyć dawki.

Przechodząc do sumarycznego wyniku tego postępowania leczniczego, stwierdzić można ciekawy fakt, że liczba odsetkowa wyzdrowień była u wszystkich badaczy prawie jednakową. Autor uzyskał 75,4%, nie wyłączając przypadków bardzo ciężkich; Krämer 72,8%, Humbert niespełna 80%; Weissmann 80% i t. d. Według tych obliczeń wyniki byłyby bardzo dobre. Atoli nie można nabrać innego przekonania, jeśli się zważy, że w przypadkach dokładnie stwierdzonej gruźlicy płuc i przy stosowaniu wszystkich możliwych ku temu środków sprawa chorobowa nietylko się nie poprawia, ale owszem z dnia na dzień się pogarsza, a dopiero w krótkim czasie po użyciu hetolu następuje polepszenie, wówczas mimowolnie musi się nasunąć wniosek, że polepszenie jest jedynie wynikiem działania hetolu. Na dowód tego można także przytoczyć badania anatomopatologiczne; Ewald opisuje przypadek, w którym stwierdził po hetolu łącznotkankowe zbliznowacenie ognisk gruźliczych; tak samo Krämer i Morkowitin. Wreszcie napomknąć należy, że ubocznych szkodliwych działań nigdy nie zauważono; — jeśli się jakie pojawiły, były one następstwem użycia nieczystych przetworów lub roztworów hetolu, albo nieumiejętnego stosowania metody.

Bardzo wdzięcznem polem dla działania kwasu cynamonowego jest gruźlica gruczołów chłonnych i przewodu pokarmowego: — pomyślne wyniki dochodzą niespełna do 80%. Gorączka zwolna opada, biegunka i bolesność brzucha stopniowo znikają, łaknienie wraca, i już po 6 tygodniach widać znaczne polepszenie; gruźlica otrzewnej mniej się nadaje do leczenia hetolem: — to samo można powiedzieć o gruźlicy narządu moczowego; natomiast gruźlicze zmiany w narządzie płciowym dawały lepsze wyniki. W przypadkach gruźlicy, nadającej się do zabiegu operacyjnego, należy stosować hetol naprzemian z wstrzykiwaniami zawiesiny jodoformowej.

Ogólnie rzecz biorąc można powiedzieć, że pod wpływem działania hetolu dadzą się prawie na pewno wyleczyć niepowikłane postacie gruźlicy, oczywiście jeśli nie doprowadziły jeszcze do większych zmian i nadmiernego upadku sił ustrojowych. Z uwagi zaś, że z małymi wyjątkami wszystkie przypadki tej choroby można wcześnie rozpoznać, otwiera się dla metody hetolowej szerokie pole do zwalczania gruźlicy. Dla lekarza-praktyka ma ta metoda o tyle znaczenie, że może objąć leczenie przychodnich chorych gruźliczych lub też takich, którzy za wcześnie opuścili sanatorya, nigdy jednak nie powinien lekarz się podjąć leczenia suchotników, u których gruźlica przebiega z wysoką gorączką, lub już doszło do większych zmian w płucach, zbyt często bowiem dozna rozczarowania.

Dr. H. Pisek.

Prof. Sata (Osaka, Japonia): **Znaczenie mięszanego zakażenia dla objawów klinicznych i przebiegu gruźlicy.** *(Zeits. für Tuberkulose und Heilstättenwesen.* T. II. Z. 1). Niebezpieczeństwo wynikające z suchot, polega jedynie na pojawiających się krwotokach, na rozwinięciu się z biegiem czasu gruźlicy prosówkowej i wybuchu zakażenia mięszanego; dwa pierwsze stany są zazwyczaj dziełem ostatniego; innem niebezpieczeństwem, które zagraża suchotnikom, jest zatrucie, w czem znów rzeczone zakażenie odgrywa pierwszorzędną rolę (Babes, Cornet, Ortner i inni) — jego więc usunięcie jest jednem z najgłówniejszych zadań celem zwalczania gruźlicy.

Pod mianem mięszanego zakażenia w ogólnem znaczeniu należy rozumieć pojawienie się różnych postaci zakażeń (nawet zupełnie od siebie niezawisłych) w jednym i tym samym ustroju, n. p. rzeżączki u suchotnika, w szczególności zaś połączenie się zmian miejscowych z działaniem ogólno-ustrojowem. Badania autora wykazały, że w jamach płucnych natychmiast po ich zetknięciu się z powietrzem osiadają inne drobnoustroje, rozmnażają się, atoli nie muszą się stać przyczyną nowych zmian anatomicznych; ten stan nazywa Sata „pierwszym i drugim okresem utajonego zakażenia mięszanego". Trudno określić szczegółowo kliniczny obraz takiego zakażenia, brak bowiem wyraźnych oznak lub objawów; na uwagę jednak zasługują: atypowa gorączka, obfite odkrztuszanie i zapalenie rozległe („mięszane"), znane pod różnemi nazwami (naciek galaretowaty Laënneca, gładkie zapalenie płuc Virchowa, serowate zapalenie płuc Ortha i t. d.), a rozwijające się prawdopodobnie skutkiem wspólnego działania prątka gruźliczego i innych drobnoustrojów (Ziegler, Bäumler). O towarzyszącej gorączce można powiedzieć, że jest bezpośrednim wynikiem gruźlicy, a Spengler i Schabad twierdzą, że gorączka niszcząca (hektyczna) o typie odwróconym (typus inversus) jest znamienną cechą gruźlicy. Wreszcie kaszel z odkrztuszaniem ma również wielkie znaczenie: czy jednak w danym przypadku zachodzi zakażenie mięszane, czy nie, rozstrzyga badanie drobnowidowe: plwocina, zawierająca inne drobnoustroje razem z prątkami gruźliczymi lub bez nich, przemawia za mięszanem zakażeniem, same zaś prątki są dowodem czystej gruźlicy. Nigdy atoli nie trzeba polegać na jednorazowem badaniu. Postępowanie lecznicze zasadza się na stosowaniu ogólnych prawideł higieniczno-klimatycznych: świeże, bogate w ozon powietrze, w szczególności klimat górski lub lesisty przy dobrem odżywieniu, posłużą do wstrzymania sprawy chorobowej, wreszcie wodolecznictwo, celem wzmocnienia ustroju. Klinicyści zalecają nadto kreozot i jego pochodne, wdychania olejków wonnych, szczególnie miętowego. *Dr. Henryk Pisek.*

M. J. Voisin. **O wpływie różnych chorób na przebieg padaczki.** *(Semaine médicale* Nr. 12, 1901). Wielu starożytnych autorów, jak Hipokrates, Van Swieten, Portal, Sauvages, a później Esquirol, Georget, Gérard, Rivière i Herpin nadmieniali o wpływie innych chorób, zwłaszcza zimnicy, na przebieg padaczki. Delasiave pierwszy wyraźnie wskazuje na korzystny w tym względzie wpływ chorób zakaźnych. Autor wszelako przedstawia, że choroby gorączkowe mogą wywierać na padaczkę wpływ nietylko leczniczy, lecz i przeciwnie — drażniący. Są to spostrzeżenia, poczynione w szpitalu Salpêtrière. — Podczas okresu ostrego róży napady padaczkowe ustawały, aby z nadejściem rekonwalescencyi znowu wybuchnąć. U chorej na padaczkę, cierpiącej jednocześnie na cukrówkę moczową, napady zniknęły podczas licznych po sobie następujących wybuchów wąglika *(anthrax)*. Podczas zapalenia płuc w jednych przypadkach spostrzegano wpływ na padaczkę korzystny, w innych przeciwnie niekorzystny. — W przebiegu odry u jednych osobników podczas wysypywania malała liczba napadów padaczki, by się zwiększyć podczas powrotu do zdrowia; u innych zaś było wybitne wzmożenie się liczby napadów. — Po szczepieniu ochronnem przeciw ospie nie dostrzegano zmian. — Podczas ostrego okresu błonicy objawy padaczki zupełnie znikały, lecz wracały do pierwotnego stanu podczas rekonwalescencyi. Wstrzykiwanie ochronne surowicy przeciwbłoniczej nie wywierało wpływu; natomiast częściej po tych wstrzykiwaniach pokazywały się u chorych padaczkowych rumienie. Nadto autor zauważył, że podniesienie się ciepłoty o kilka dziesiętnych, stale się powtarzające w okresie ponapadowym, bywa wybitniejsze w przebiegu chorób wikłających.

Dr. M. Blassberg.

Langer (Praga). **Ciężkie nadżerki, wywołane przez szare mydło u 18-miesięcznego dziecka.** *(Münchener mediz. Wochenschrift* Nr. 15, 1901). Wspomniawszy pracę Johanessona, który w Chrystyanii miał sposobność widzieć wielką liczbę przypadków tego zatrucia, opisuje autor przypadek ciężkich następstw u dziecka ośmnastomiesięcznego po zażyciu wewnętrznem małej ilości szarego mydła, poczem wystąpiła znaczna bolesność, oddech powierzchowny, a błona śluzowa wargi dolnej, policzków, podniebienia miękkiego i twardego i powierzchnia migdałków były szarawo-biało zabarwione. Drugiego dnia nastąpiła śmierć wśród drgawek, a badanie pośmiertne wykazało nadżarcie w ustach, przełyku i żołądku. Ilościowe badanie chemiczne mogłoby rozstrzygnąć, czy zażyta ilość szarego mydła była jedynym i wyłącznym powodem śmierci. (O pracy Kramsztyka, ogłoszonej w *Medycynie*, wzmianki w pracy tej niema. *Przyp. sprawozd.).* *Jan Landau.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 24 kwietnia 1901.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto bez zmiany.

II. Prezes odczytał list kol. Sciborowskiego, wyrażający Towarzystwu podziękowanie za zamianowanie go członkiem honorowym. Przyjęto do wiadomości.

III. Kol. prof. Bujwid miał wykład: »O wynikach badania mleka krakowskiego na gruźlicę.« (Przeznaczone do druku).

W rozprawach zabrał głos kol. Bier. Przedstawia on, o ile zwalczano gdzieindziej gruźlicę u bydła, a przez to i w mleku. Przypuszczając, że bydło szczepione tuberkuliną i dające odczyn, daje również mleko gruźlicze, starano się w niektórych państwach wytępić ją przez obowiązkowe szczepienie obór; bydło, dające odczyn, miało być niszczone, a koszta wykupna miało ponosić państwo. Taka ustawa obowiązywała w stanie Massachusetts w Stanach Zjednoczonych, we Francyi, Danii, Norwegii i Szwecyi. W innych państwach, a także i w Austryi poświęcono tej sprawie uwagę dopiero w ostatnich czasach; w Galicyi najpierwej dzięki inicyatywie prof. Bujwida. Okazało się jednak, że wytępienie bydła, dającego odczyn, pochłonęłoby wielkie sumy, których państwo na ten cel wyłącznie wydaćby nie mogło; zresztą tak nagłe tępienie utrudniałoby prawidłowy przychowek bydła i zmniejszyło produkcyę mleka, a nadto okazało się, że mimo twierdzenia Lidyi Rabinowicz tylko mleko ze zwierząt dotkniętych gruźlicą wymion i przy daleko posuniętej gruźlicy ogólnej zawierało prątki gruźlicze; obecnie więc odstąpiono od tępienia wszystkiego bydła, dającego odczyn, zwłaszcza w Niemczech, Francyi i Danii, celem usunięcia mleka gruźliczego; główne staranie obecnie polega na wczesnem rozpoznaniu i wydzieleniu zwierząt, dotkniętych gruźlicą wymion oraz ogólną. W tym kierunku badanie kliniczne, obok tuberkulinowego, wraz z bakteryologicznem badaniem mleka może być dobrą wskazówką i w tym kierunku obory powinny podlegać częstej kontroli weterynarskiej; o ile niema takiej kontroli, mleko, gromadzone z licznych obór, jest podejrzane o prątki gruźlicze. Zwykłe pasteuryzowanie mleka wobec niedostatecznej budowy przyrządów nie zabija prątków gruźliczych, które na podstawie nowszych badań Morgenrotha i Becka giną dopiero po 3—5 minutach od chwili zagotowania mleka; zwykłe zagotowanie aż do zawrzenia nie wystarcza do ich zabicia.

Wobec tego, że Tow. lek. krak. przyjęło na siebie obowiązek dozorowania pod względem zdrowotnym mleka z obory w Śledziejowicach, zapytuje się kol. Bier, w jaki sposób Tow. lek. krak. kontrolę tę wykonuje. *(Streszczenie własne)*.

Kol. Bujwid oświadcza, że przed kilku laty zaproponował, by obory, podlegające wspomnianej kontroli, były szczepione tuberkuliną, na co się właściciele nie zgodzili, kontroli zatem nie wykonuje się zupełnie.

W dalszym ciągu zaznaczył kol. prof. Bujwid, że własne doświadczenie pouczyło go o decydującej wartości rozpoznawczej tuberkuliny. Na ostatnim Zjeździe weterynarzy we Lwowie wyrażono podobne zdanie, że tylko tuberkulina rozstrzyga, czy zwierzę ma gruźlicę lub jest zdrowe; badanie kliniczne ma wartość drugorzędną. Zdaniem prelegenta mleko ze zwierząt, dotkniętych gruźlicą wymion, jest niebezpieczne dla zdrowia konsumentów. Według zdania Banga zwierzęta, u których występuje odczyn po wstrzyknięciu tuberkuliny (podniesienie ciepłoty zazwyczaj o 1½°) winny być odosobnione od zwierząt zdrowych, co najlepiej chroni przed rozszerzeniem się choroby; niszczenie sztuk chorych ze względów ekonomicznych jest niemożliwe. Zwierzęta chore należy przynajmniej w oborze ustawić głową do ściany, a nie naprzeciw drugiego szeregu, gdyż w ten sposób choroba szerzy się bardzo łatwo. Cielęta krów, dotkniętych gruźlicą, są wolne od choroby; należy je odosobnić i karmić mlekiem przegotowanem. Jeżeli pasteuryzacya mleka wykonaną jest dobrze, to prątki gruźlicze giną; na pewno giną przy gotowaniu mleka przy 100° przez kilka minut.

Kol. Borzęcki nadmienia, że mleczarnie w Śledziejowicach i Gnojniku były pod kontrolą komisyi przemysłowej Towarzystwa lekar. krak. Kontrola ta ograniczała się na badaniu składu chemicznego mleka i oglądaniu zwierząt przez weterynarza. Kol. B. sądzi, że komisya przemysłowa powinna wejść w porozumienie z właścicielami obór, a może między nimi znajdzie się choć jeden, któryby stworzył menaganną oborę pod względem zdrowotnym, a w takim razie mogłoby Towarzystwo dać rękojmię, że mleko jest zdrowe, a sprzedawaćby je można nawet po cenach wyższych od targowych. Zajęcie się tą sprawą odesłaćby należało na razie do Komitetu Towarzystwa.

Kol. Norbert Gertler domaga się, by i służbę zajętą koło mleka badano na gruźlicę.

Kol. Murdzieński wnosi, by Towarzystwo wezwało Komisyę przemysłową do zdania sprawozdania z swej działalności w tej sprawie.

Uchwalono wniosek kol. prezesa, by sprawę tę poruczyć do rozpatrzenia Komitetowi.

IV. Następnie kol. Schwarz miał odczyt: »Kilka uwag o chorobach wenerycznych na podstawie statystyki z dziesięciu lat.« (przeznaczone do druku).

W dyskusyi kol. Żydłowicz nadmienia, że zachęcony przez kol. Schwarza zrobił statystykę z leczonych przez siebie przypadków chorób wenerycznych z ostatnich lat pięciu i przedstawia odnośne tablice graficzne w odsetkach. Tablice obejmują przypadki rzeżączki świeżo nabytej, wrzodu miękkiego, wrzodu twardego i świeżej drugorzędnej wysypki kiłowej. W I. tablicy jest ogólne zestawienie wspomnianych chorób, a stwierdza ono rzecz powszechnie wiadomą, że z pomiędzy chorób wenerycznych najpospolitszą jest rzeżączka. Podczas gdy pozostałe choroby weneryczne zajmują w tem zestawieniu najmniej jedną podziałkę, a najwyżej pięć, to rzeżączka zaczyna się od podziałki czternastej, a dochodzi do najwyższej dwudziestej. I dziwić się temu nie można raz, że chorzy chorobę tę zazwyczaj lekceważą i niewyleczeni spółkują i zarażają kobiety, powtóre, że badanie lekarskie prostytutek na rzeżączkę jest w wysokim stopniu niepewne, zwłaszcza przypadków przewlekłych. Nawet gdyby badano na gonokoki wydzielinę z ujścia macicznego i z pochwy, badanie może dać wynik ujemny, a chora jest dotknięta rzeżączką i mężczyznę zakazić może. Tablica, oznaczająca graficznie rzeżączkę pod względem częstości występowania tej choroby w różnych porach roku wykazuje, że rzeżączka z małemi wahaniami trzyma się mniej więcej na jednej wysokości przez cały rok z wyjątkiem miesięcy maja i czerwca; tu linia krzywa dominuje swą wysokością ponad innymi miesiącami blizko w dwójnasób, a zwłaszcza w roku 1899 i 1900. Dlaczego w tych miesiącach przypadki rzeżączki się mnożą, rozumie się trudno na to dać odpowiedź; możnaby to tłómaczyć w ten sposób, że w miesiącach tych przyroda budzi się do życia, popęd płciowy u ludzi wzmaga się, ztąd i przypadki rzeżączki, najpospolitszej z chorób wenerycznych, są najczęstsze. W tablicy, przedstawiającej wrzód miękki, największa ilość przypada na grudzień i na lipiec; wyskok ten jednak w stosunku do innych miesięcy nie jest uderzający. Natomiast z krzywej przekonać się można, że choroba ta występuje okresowo tak, że w tych okresach mamy naraz wielką liczbę przypadków, a potem okresy prawie zupełnie wolne od tej choroby. Szczegół ten jest zresztą oddawna wiadomy tak lekarzom praktykom, jak i klinicystom; dlaczego tak jest, nie umiemy odpowiedzieć. Co się tyczy wrzodu twardego i przypadków kiły drugorzędnej świeżej, to odnośne tablice wykazują, zgodnie z tablicami kol. Schwarza, że w miesiącach wrześniu, październiku i listopadzie choroby te są najczęstsze. Dlaczego tak jest, nie wiemy; możnaby jednak przypuszczać, że przyczyną tego jest powrót wielu mieszkańców do miasta z miejsc kąpielowych, z siedzib letnich, z wakacyi i ci zwiększają liczbę przypadków kiły w tym czasie w Krakowie, wiadomo bowiem, że dozór policyjny nad prostytucyą na prowincyi jest w najwyższy sposób niedostateczny, a nad prostytucyą tajną władze prawie żadnej nie rozciągają kontroli.

Kol. Borzęcki zaznacza, że zestawienie chorób wenerycznych u prostytutek w ciągu lat 10 przez kol. Szwarza jest cennym materyałem dla celów statystycznych. W tem zestawieniu graficznem uderzają dwa szczegóły: pierwszy odnosi się do niestosunku ilościowego zmiany pierwotnej do częstości zmian drugorzędnych; przeciętnie bowiem odsetek zmian kiły drugorzędnej waha się między 5—8, a są lata, w których w jedenastu miesiącach roku nie zanotowano żadnego przypadku zmiany pierwotnej. Tłómaczy się ten niestosunek prawdopodobnie tem, że większość nowo na listę wciągniętych prostytutek już przychodzi z kiłą ogólną, a wyjątkowo tylko mały odsetek nabywa jej w początkach po wstąpieniu do nowego zawodu. Drugim szczegółem jest wysoki przeciętnie odsetek chorób wener. w miesiącach letnich (czerwiec, lipiec), a spadek w miesiącach kwietniu i październiku; a zestawienia statystyczne na materyale z praktyki prywatnej przez kolegów Szwarca i Żydłowicza również to potwierdzają. Spostrzeżenia kol. Borzęckiego z praktyki prywatnej zbliżają się w tym względzie do powyższych zestawień.

W dalszym ciągu zwraca kol. Borzęcki uwagę na sprawę bada-

nia u prostytutek wydzieliny z cewki i szyjki macicy 3—4 razy do roku mikroskopowo ze względu na rzeżączkę podobnie, jak dzieje się to od lat kilkunastu we Wrocławiu, Dreznie i t. d. Jakkolwiek bowiem bez przesady każdą wydzielinę z szyjki macicy u prostytutki można bez bliższego badania uważać za rzeżączkową, to może w rzadszych przypadkach zajęcia np. tylko samej cewki rzeżączką takową można pominąć przy badaniu klinicznem. Idzie tylko o badanie wydzieliny z cewki i ujścia szyjki macicy, a nie z pochwy, bo jak większość ginekologów i syfidologów utrzymuje, pochwa u kobiet dojrzałych prawie nigdy nie jest siedliskiem zmian ściśle rzeżączkowych. Istnieje *vaginitis gonorrhroica* u dziewcząt młodszych (*vulvo-vaginitis gonorrhroica*) w tym wieku, gdzie przybłonek, wyścielający pochwę, jest podłożem podatnem dla rozwoju w nim gonokoków Że w wypadkach *cervicitis gonorrhroica* kiedy wziernik wprowadzony do pochwy wykazuje obfitą ilość wydzieliny ropnej na jej ścianach, ta nie pochodzi ze ścian pochwy, nie trudno się o tem przekonać. Wystarczy po dokładnem przepłokaniu i oczyszczeniu z zalegającej wydzieliny ścian pochwy we wzierniku, tamponem z waty ubezpieczyć się przed spływaniem wydzieliny z szyjki macicy, by po 24 godzinach znaleść pochwę, wolną od wydzielin, poprzednio obficie zalegających jej ściany.

W odpowiedzi kol. Borzęckiemu nadmienia kol. Schwarz, że rzeczywiście najczęściej u kobiet rzeżączka, zwłaszcza przewlekła, usadowiona jest w szyjce macicy. Co się jednak tyczy rzeżączki ostrej i podostrej, to nie tak rzadko spostrzegać się daje nawet u nowozaciężnych, że rzeżączka zajmuje samą tylko błonę śluzową pochwy. Ta ostatnia jest wtedy silnie zaczerwienioną, przy wprowadzaniu wziernika bardzo tkliwą, wydziela obfitą ropę, której badanie wykazuje gonokoki, a szyjkę macicy sprawa chorobowa w zupełności oszczędza; po wyleczeniu rzeżączki pochwy chora jest w zupełności wolną od cierpienia rzeżączkowego. Takie przypadki prelegent nietylko sam spostrzegał przy sposobności bardzo częstego badania kobiet, ale na okoliczność tę zwracał uwagę i ś. p. prof. Rosner, który takie przypadki podczas wykładów klinicznych słuchaczom swym demonstrował. Wynika z tego, że rzeżączka pochwy samoistnie może się przydarzać bez zajęcia błony śluzowej szyjki macicznej

Kol. Doc. Braun omawia obszernie sprawę rzeżączki u kobiet. Zdaniem jego najczęściej rzeżączka usadawia się w szyjce macicy, zkąd przechodzi na macicę, a nierzadko i na części dodatkowe, nadto usadawia się jeszcze w cewce moczowej. Jest zdania, że co najmniej 70% kobiet, leczących się na tak zwane upławy, cierpi właściwie na rzeżączkę części pochwowej i samej macicy; ztąd największe doświadczenie w tym kierunku mają ginekolodzy. Zapalenie macicy i części dodatkowych na tle rzeżączki uważać trzeba za niewyleczalne, a tylko w przebiegu choroby spostrzegać można chwilowe pogorszenia i chwilowe poprawy; — natomiast zapalenie błony śluzowej szyjki macicznej trzeba uważać za wyleczalne, jakkolwiek leczenie jest przydłuższe. Gdy już nadżerki zagoiły się na ujściu, gdy wydzielina ropna zamieniła się na skąpą śluzową, nie należy chorej wypuszczać z leczenia, ale od czasu do czasu badać tę skąpą wydzielinę na gonokoki. Nadto należy we wszystkich tych przypadkach zwrócić baczną uwagę na wydzielinę z cewki i na stan moczu i badać zawsze wydzielinę na gonokoki; wydarza się bowiem i to nie tak rzadko, że tylko cewka moczowa jest siedliskiem choroby nawet w starszych przypadkach, co i dla chorej i dla spółkującego z nią mężczyzny jest niebezpieczne.

Kol. prof. Reiss zaznacza, że zakażenie kiłowe u młodzieży szkolnej według doświadczenia z jego prywatnej praktyki w ostatnich miesiącach coraz częściej się pojawia, względnie do poprzednich lat.

Kol. Żydłowicz sądzi, że z praktyki prywatnej jednego lekarza nie można pod tym względem, jak to chce kol. prof. Reiss, wyciągać stanowczych wniosków co do wzmożenia się chorób wenerycznych u naszej młodzieży. Statystyka kol. Schwarza wzmożenia takiego nie wykazuje, również spostrzeżenia kol. Żydłowicza. Że naraz do specyalisty zgłosi się 3 albo 4 studentów z wrzodem twardym, to pochodzi ztąd, że wszyscy oni mieli stosunek z jedną kobietą zarażoną. Jeden z nich, który najpierw zmianę na częściach rodnych zauważył, udaje się do specyalisty, ten rozpoznaje wrzód twardy, a w ślad za tem rozpoznaniem w tym samym dniu, albo w następnym, zgłasza się reszta, wysłana przez pierwszego kolegę. Jest to więc sprawa przypadku; z czystem sumieniem o wzmożeniu się chorób wenerycznych u młodzieży mówić moglibyśmy dopiero wtedy, gdyby nam się udało zebrać statystykę odnośną od wszystkich kolegów specyalistów, i gdyby z porównania ogólnego wynikło, że rzeczywiście wzmaga się liczba chorych studentów w ostatnich czasach niepomiernie w stosunku do lat poprzednich i do przyrostu młodzieży szkolnej.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

* * *

VII. XXX Kongres chirurgów niemieckich w Berlinie.

zestawił **Dr. W. Herman.**

W dniach od 10—13 kwietnia 1901 r. odbył się w Berlinie XXX Kongres chirurgów niemieckich pod przewodnictwem prof. Czernyego z Heidelbergu. Ożywienie było znaczne, gdyż zgłoszono około 130 wykładów, z tych jednak tylko 90 mogło wejść na porządek dzienny. Chirurdzy polscy zjawili się w tym roku również w niezwykłej liczbie; wpisali się bowiem na listę członków: Dr. Dębowski (z Wilna), prof. Kader, Doc. Kryński, Dr. Ruff, R. Dworu prof. Rydygier, Dr. Slęk i Prof. Wehr.

W mowie wstępnej podnosi przewodniczący niektóre sprawy, mające aktualne dziś znaczenie dla chirurgii, jak: leczenie nowotworów złośliwych, nawet nie nadających się do operacyi; znalezienie promieni Röntgena; dążenia aseptyki; wspomina o praktycznem uczeniu medycyny; robi następnie pewne zastrzeżenia co do dopuszczenia wychowańców szkół realnych do studyów medycyny; poświęca pamięci Olliera parę słów i kończy swe przemówienie powitaniem Exc. v. Collera.

Po załatwieniu innych formalności oddano głos Küsterowi, który wykładem swym rozpoczął szereg rozpraw nad *chirurgią nerek i pęcherza*. Pierwszą operacyę na nerce z całą świadomością rzeczy i obmyślanym naprzód planem wykonał Simon w r. 1870. Operacya ta zajęła szczególnie chirurgów angielskich i francuskich i już w r. 1885 Gross zestawił 233 nefrektomii z 44·6% śmiertelności. Obecnie, wedle Küstera, liczba chirurgicznie wyciętych nerek wynosi 1146, a śmiertelność przeciętna po tej operacyi wynosi 25%, a w ostatnich dziesięciu latach spadła nawet do 16%. Ostatnią korzystną okoliczność zawdzięczać należy głównie postępom rozpoznawania i lepszej znajomości stosunków anatomicznych. Do lepszego rozpoznawania spraw chorobowych znakomicie przyczyniło się odsłanianie nerki z cięcia lędźwiowego i przecinanie nerki (*nephrotomia*). Te dwa ostatnie zabiegi sprawiły, że ograniczamy dziś całkowite wycięcie nerki na korzyść częściowej resekcyi, że dziś powszechnie wobec nerki ruchomej stosujemy nefropeksyę, a wobec zranień nerki często zadawalamy się zeszyciem i tamponadą, pozostawiając nefrektomię tylko do najcięższych przypadków. Doświadczenie z lat ubiegłych pouczyło nas wprawdzie, że gruźlica nerek rzadko bywa pierwotną i jedyną siedzibą choroby; mimo to nie wahamy się w odpowiednich przypadkach wyciąć częściowo lub całkowicie narząd, zajęty gruźlicą, widząc, jak świetne bywają niekiedy wyniki po tej operacyi, mimo, a raczej wbrew wszelkim rozumowaniom. Poznaliśmy dalej, że puchlina nerek (czy to wodna, czy też ropna) często bywa następstwem uruchomienia się nerek, więc ztąd nauka, aby nie zwlekać z nefropeksyą. Guzy nerek, tak często, bo w ¼ części przypadków, spostrzegane u dzieci poniżej 5-ciu lat, mimo swej budowy mikroskopowej, a dzięki pochodzeniu swemu z wpryśniętych komórek, klinicznie nie okazują cech (nie zawsze, ale często) nowotworów złośliwych, wystarcza zatem do wyleczenia częściowe wycięcie nerki. Za typową drogę do zabiegów na nerkach uważa Küster lędźwiową; droga laparotomijna zaś wskazaną jest tylko w razach wyjątkowych. Zdaniem prelegenta głównie kateteryzowanie moczowodów może nas pouczyć o stanie drugiej nerki.

O tej ostatniej sprawie mówił z kolei Casper: *O postępach w chirurgii nerek.* Opiera się na badaniach, podjętych wspólnie z Richterem, z których wynika, że oznaczanie punktu zamarzania, zachowanie się cukru (po wstrzyknięciu fluorydzyny) i oznaczenie ilości mocznika w moczu dają nam dokładne zupełnie wskazówki co do czynnościowej wydolności nerki, która pozostać ma po wykonanej ewentualnej nefrektomii. Do takich samych wyników dochodzi Kümmel: czem niższy punkt zamarzania i czem mniej mocznika, tem większem jest zniszczenie nerek. Kümmel zakończył swój wykład przedstawieniem nader pojedynczego przyrządu, służącego do oznaczania punktu zamarzania. Następny prelegent Braatz pozostawał w pewnem przeciwieństwie z Küsterem; zdaniem bowiem jego t. zw. *struma renis* nie jest wcale nowotworem łagodnym;

widywał już nawroty i przerzuty nowotworu po częściowem wycięciu nerek, — radzi zatem w tych przypadkach zasadniczo wycinać wraz z guzem całą nerkę. Równocześnie robi uważnym na fakt, że t. zw. sekcyjne przecięcie nerki nie jest wcale tak niewinnym zabiegiem, za jaki go podają, po nim bowiem narząd ten bliznowaciejąc zanika. — W następującym wykładzie Albers-Schönberg wykazał, że przy użyciu pewnych ostrożności (ciemniki z ołowiu, przeszkadzające rozpraszaniu się promieni, „miękie rurki" etc.) można uzyskać dodatnie röntgenogramy, nawet z kamieni fosforanowych w nerkach. Goldmann mówił *o leczeniu przerostu gruczołu krokowego* na podstawie paru przypadków, w których czynność pęcherza znakomicie się poprawiła po wywołaniu silnych zrostów między przodkową ścianą pęcherza a powłokami brzusznemi. Zrosty te podciągając pęcherz rozszerzają ujście pęcherzowe cewki i wyrównują uchyłek w dnie pęcherza poza gruczołem. W rozprawach podnosi Rydygier, że tę samą myśl miał już przed kilkoma laty Kryński, a w dalszym ciągu zaleca swą metodę leczenia przerostu gruczołu krokowego przez śródtorebkowe wyłyżeczkowanie gruczołu z cięcia kroczowego. Odczyt Löwenhardta, zalecający *śródpęcherzowe operowanie guzów pęcherza* przy pomocy cystoskopu, zakończył grupę wykładów z dziedziny chirurgii dróg moczowych.

W wykładzie *o leczeniu ran* zaleca v. Bruns prócz głębokiego i szerokiego nacięcia ogniska zakażonego, zwilżenie całej rany na krótką chwilę czystym kwasem karbolowym i następowe wymycie jej wyskokiem. Doświadczenia Honsella popierają zdanie Brunsa. Czysty kwas karbolowy działa energicznie, nawet w płynach, zawierających białko, nie wywołuje zatrucia, a gdy się go po 1 minucie zmyje wyskokiem absolutnym z powierzchni rany, wpływ żrący nie sięga zbytnio w głąb. Küster w miejsce karbolu czystego zaleca *ferrum candens* w starej formie. Następnie Al. Fränkel, wykazawszy brak swoistego wpływu jodoformu na gruźlicę, zalecał sproszkowany węgiel kostny do leczenia gruźlicy chirurgicznej. W rozprawach podniósł König *sen.*, że przedewszystkiem tkanki gruźlicze tak dokładnie wycinać się powinno, jak nowotwór złośliwy.

Haegler mówił o późnem, występującem w 3, 4 i więcej lat po operacyi *ropieniu około podwiązek* i następowem ich wydaleniu na zewnątrz. Nie sądzi, aby przyczyną tego było zakażenie późne krwi, lecz raczej przypuścić należy, że materyał, użyty do podwiązek, nie był dość jałowy, a żaden z obecnie zalecanych nie jest takim. Powinno się zatem używać jak najwięcej, jeżeli nie wyłącznie, materyału ulegającego wessaniu, w pierwszej linii katgutu; uniknie się wówczas napewno późnego »*Ligatureiterung*«. Blumberg zaleca do odkażania rąk w miejsce, drażniącego skórę sublimatu cytrynian (*resp.* siarkan) rtęci z etylendiaminem w 2—3% roztworach. Doświadczenia z *micrococcus tetragenes* wypadły zupełnie zachęcająco. (C. d. n.).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9 maja.

Otrzymujemy następującą odezwę: Trzeci Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze odbędzie się, jak wiadomo, w czasie od 25 do 29 maja b. r. Przypominając blizki już termin tego Zjazdu, zachęcamy do jak najliczniejszego wzięcia udziału w tym turnieju naukowym pobratymczego narodu.

W zgłoszeniu polskich uczestników chętnie pośredniczy, jak we wszystkich sprawach, dotyczących tego Zjazdu, Komitet polski w Krakowie. Można atoli zgłaszać udział w Zjeździe i podawać temat odczytu wprost na ręce jen. sekretarza czeskiego Komitetu p. Doc. Dra Veselý. (*Praha I, Nabrezi 14*). Wpisowe zaś, wynoszące 10 koron albo franków, przyjmuje skarbnik tegoż Komitetu, p. Doc. Dr. Karol Kheil, (*Praha II, Myslikova ul. 3*).

Lekarze i przyrodnicy, którzy może dotychczas nie odebrali jeszcze zaproszenia, a pragną udać się do Pragi, zechcą zgłosić się do sekretarza Komitetu polskiego, oświadczając, czy życzą sobie odebrać oryginalne zaproszenie i program czeski, czy też francuski.

Towarzystwa i instytucye naukowe, któreby chciały wysłać swych przedstawicieli, raczą podać do naszej wiadomości co rychlej ich nazwiska, aby polski Komitet mógł odpowiedni spis urzędowych naszych przedstawicieli zakomunikować przewodniczącemu Zjazdu.

Komitet polski dla III Zjazdu przyrodników i lekarzy czeskich w Pradze.

Dr. K. W Majewski, sekretarz, c. k. klin. okul. U. J. — *Prof. Dr. B. Wicherkiewicz*, prezes.

Lwów. Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. lw. ukonstytuowała się, wybierając przewodniczącym kol. Prof. Dra A. Gluzińskiego, zastępcą przew. kol. Dra Kaliksta Krzyżanowskiego, sekretarzem kol. St. Eliasza Radzikowskiego.

Na posiedzeniu naukowem Tow. lek. lwow. dnia 19 kwietnia uchwalono wziąść udział w III Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze.

Kol. Dr. A. Wątorek przedstawił przyrząd własnego pomysłu do wyjaławiania narzędzi i opatrunków.

Kol. Prof. Dr. Sieradzki mówił o t. zw. hemotoksynach i ich zastosowaniu w medycynie sądowej.

Na posiedzeniu naukowem dnia 3 maja wybrano jako delegatów na Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze kol.: Prof. Dra A. Gluzińskiego i Dra J. Krzyszkowskiego.

Kol. Stauber przedstawił 3 przypadki zachowawczego leczenia zapaleń kości i okostnej.

Kol. Dr. P. Kučera mówił o dzisiejszym stanie nauki o przyczynach raka. (Część 1 histogeneza).

* Stopień doktorów wszech nauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Jan Tadeusz Frączkiewicz, Leopold Sałaban, Feliks Laberschek i Stanisław Dortheimer.

* W Krakowie wyszła monografia Dra Zygmunta Wąsowicza p. t.: „Krynica i jej środki lecznicze". Zawiera: rzut oka na rozwój tego zdrojowiska; szczegóły geologiczne, orograficzne, klimatyczne i t. d.; wymienia środki lecznicze i wskazania do leczenia w Krynicy, dalej urządzenia sanitarne: wodociągi, usuwanie odpadków, dom izolacyjny, przyrząd do odkażania syst. Rychnowskiego i t. d. Wreszcie bardzo obfite szczegóły, dotyczące środków komunikacyjnych, mieszkań, rozrywek i t. d. Monografię zdobią bardzo udatne podobizny ludzi, zakładów, świątyń i t. d. Praca Dra Wąsowicza wyczerpuje wszystkie szczegóły odnoszące się do zdrojowiska krynickiego. Zwracamy uwagę na urządzenia sanitarne, mianowicie: na wodociągi, dom izolacyjny i t. d., jako na okoliczność, stanowiącą istotny postęp w rozwoju Krynicy, która w tym względzie wyprzedza inne zdrojowiska nasze.

* Rada warszawskiego Towarzystwa higienicznego wybrała Zarząd: na prezesa powołany został Prof. Kosiński, na wiceprezesa Dr. Polak, na sekretarza Dr. Palmirski.

* Wiedeński Szpital powszechny zostanie zniesiony; grunt, na którym stoi, zostanie rozparcelowany, a zakłady w nim znajdujące się jak kliniki, pracownie naukowe, będą rozmieszczone w różnych punktach Wiednia, bądź w budynkach nowych, bądź też na ten cel przerobionych.

* Rząd postanowił wybudować w Wiedniu III klinikę chirurgiczną, której kierownikiem ma zostać Prof. Hochenegg.

* Redakcyę miesięcznika „Lékařské rozhledy" po śmierci Dra Preiningera objęli: Doc. Dr. J. Honl i Dr. D. Panýrek.

* W Londynie powstał nowy szpital, będący doskonałym wyrazem nowoczesnych wymagań higieny szpitalnej; niestety, nowa instytucya ma ściśle określony cel leczenia tylko ptactwa. Raz ten nakład grosza, pracy, a nawet uczuć, gdy się porówna przepych szpitala dla ptactwa z bajecznem zaniedbaniem wojskowych szpitali w południowej Afryce, gdzie, według źródeł angielskich, dur z jednej strony, a zakażenie przyranne, będące następstwem niedbalstwa i braku urządzeń higienicznych z drugiej, więcej zdziesiątkowały wojsko angielskie, niż kule Boerów.

* W Karlsbadzie odbędzie się między 10 sierpnia a końcem września wystawa higieniczna.

* Budowniczy König wydał książeczkę p. t.: „Mały Dom Zdrowia"; praca ta zawiera wszystkie wskazówki do budowania i urządzenia Domu Zdrowia.

Mianowania i odznaczenia. Docenci: Haug (otyatra), Mollier (anatom), Kremer (fizyolog) mian. zostali profesorami nadzwyczajnymi w Monachium. Prof. nadzwyczajny Bovighi został Prof. zwycz. patologii w Bolonii. Dr. Thomson mian. został profesorem med. wewn. w Glasgowie. Profesorem farmakologii w Manchester mianowany został Dr. Wild. Doc. Dr. Béhal mian. został profesorem toksykologii w Paryżu. Panna Dr. Wyczółkowska została powołaną z Lipska na katedrę doświadczalnej psychologii w psychologiczno-fizyologicznej Akademii w Paryżu. Doc. Dr. Planchon mian. został profesorem farmakologii w Montpellier.

Nekrologia. Dr Kajetan Wróblewski, wychowaniec Uniw. kijowskiego, zmarł dnia 27 kwietnia w Mińkowcach na Podolu. Dr. Franciszek Śliwicki zmarł dnia 2 b. m. w Warszawie, licząc lat 62. Dr. Laufenauer. Prof. psychiatryi, zmarł w Budapeszcie, licząc lat 62. Prof. chirurgii Heineke zmarł w Erlandze. Dr. Napias, członek Akademii lekar., zmarł dnia 28 kwietnia w Paryżu.

Bibliografia.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 18: Czerny: O leczeniu raka. Radliński: Z dziedziny niespodzianek przy herniotomii. Nencki i Silberowa: Przyczynek do nauki o soku żołądkowym i składzie chemicznym enzym (c. d.).

— *Przegląd chirurgiczny* T. IV. Z 4: Englaender: O rozlanym przeroście jednostronnym gruczołu sutkowego. Spira: O patogenezie wstrząśnienia błędnika usznego. Grosglik: Z chirurgii wad wrodzonych moczowodu. Świątecki Uchyłek pęcherza moczowego w przepuklinie.

— *Krytyka Lekarska* Nr. 5: Z. Kramsztyk: Pedagogiczne znaczenie szpitala Sonnenberg: Reklama lekarska w obliczu etyki stanowej.

— *Zdrowie* Z. 5: Tołwiński: O meteorologii lekarskiej. Milewska: Pranie u włościan. S. D.: Nowy wodociąg krakowski. Kopczyński: Stan zdrowia uczniów warszawskiej siedmioklasowej szkoły handlowej w świetle cyfr.

— *Pamiętnik Towarz. lekar. warszawskiego* Z. I: Mazurkiewicz: O afazyi giestowej. Sławiński: Anatomia patologiczna i patogeneza żylaków.

— *Nowiny Lekarskie* Z. I: Błoński: O potrzebie wprowadzenia w powszechne użycie odkażających mięszanin oleju rycynowego (dok.). Dziembowski: Przyczynek do leczenia wysięków w jamie opłucnej.

— *Medycyna* Nr. 18: Grosglik: »Perkutor Grosglika,« przyrząd do opukiwania. Kossobudzki: Leczenie gruźlicy płuc cynamonianem sodu.

— *Kronika Lekarska* Z 8: Bregman: O wymiotach kałowych w histeryi. Podczechowski: Leczenie przewlekłych owrzodzeń sposobem Unny.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 18: Weigner: Pomĕr nervia accessorii a prvých spinalních nervů (dok.). Jaklin: 41 laparotomie.

— *La Presse médicale* Nr. 34: Marfan: Przewlekłe zapalenie nerek u dzieci i zastosowanie kryoskopii w celu badania tej choroby. Bier. Nowe doświadczenia ze znieczuleniem rdzeniowem. Nr. 35: Rosenthal: Brak swoistości w przyrodzie grypy.

— *La Semaine médicale* Nr. 18: Truneček: Leczenie zwapnienia tętnic wstrzykiwaniami podskórnemi surowicy nieorganicznej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 18: Romberg: Rozpoznawanie gruźlicy zapomocą surowicy. Kister i Köttgen: O wynalezionych przez Danysza prątkach chorobotwórczych dla szczurów. Bartelsmann: O jednym wyleczonym przypadku zapalenia opon mózgowych, mającym punkt wyjścia w chorobie ucha. Rosenbach: Cele rozpoznawania czynnościowego, oraz uwagi o krwi, jako narządzie i o regulującej czynności nerek (dok.). Iwanoff: O zmianach zachodzących w prątkach zimnicy podczas leczenia błękitem metylenowym.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 18 Ludwig: O pęknięciu sklepienia pochwowego podczas porodu Mraček: O zapaleniu palców (*dactilitis*) kiłowem. Türk: W sprawie białaczki.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 18: Neisser i Wechsberg: O skutku bakteryobójczym surowicy. Heim: Krew, komórki ciała i prątki. Schwarz: Zewnątrzczaszkowe zmiany w oczach na tle kiły. Georgii: Zbiorowe otrucie się po spożyciu homara. Schlechtendahl: Pomysł, zmierzający do zapobiegania autoekstubacyi. Doerfler: Zakażenie krwi i amputacya (dok). Kiefer: O wypadkach i upośledzeniu w zarobkowaniu (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 18: Rumpf: Przyczynek do wiedzy o niedokrewności złośliwij. Sclavo: Nowe badania doświadczalne o wartości leczniczej surowicy wąglikowej. Ziemssen: Dla czego kiła mózgu okazuje się trudniej uleczalną? Fein: O wycięciu dolnej muszli nosowej. Reckzech: Przyspieszone oddechanie (*tachypnoe*) na tle nerwowem (c. d.).

Redakcya otrzymała: Dłuski i Majewicz. Les tuberculeux et leur estomac. C. Beck: 1) The radical treatment of carbuncle. 2) Fissure of the head of the radius 3) Ueber Tendinitis und Tendovaginitis prolifera calcarea. 4) Beitrag zur Fractur der carpalen Radiusepiphyse. 5) Contribution to the surgery of multilocular renal cyst. 6) New-Yorker Brief. 7) The representation of biliary calculi by the Röntgen reys. L. Korczyński: Über den Einfluss der Gewürze auf die Magenthätigkeit. Krzyszkowski: 1) Polipowaty mięsak szyi macicznej, jako nowotwór mięszany. 2) Przyczynek do nauki o nabłoniakach kosmówki i zaśniadzie groniastym, oraz nowy przypadek złośliwego zaśniadu groniastego. Röse: Jak pielęgnować zęby i usta (przetłómaczył po polsku P. Klein). Krokiewicz: 1) Rak żołądka w następstwie wrzodu okrągłego. 2) To samo po niemiecku. „Chemik polski“ - czasopismo tygodniowe, trzy pierwsze zeszyty. Dr. Edelheit: Przyczynek do popularyzacyi znajomości o istocie i granicach wiedzy lekarskiej dla wykształconych laików.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 15go maja, o godz. 6-tej wieczorem, w ***klinice okulistycznej***, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Wicherkiewicz mówić będzie: „O wskazaniach i sposobie wykonania wypaproszenia (*evisceratio*) gałki ocznej.“ Po odczycie nastąpi przedstawienie rzadszych przypadków chorobowych przez kol. prelegenta i jego asystentów klinicznych.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**